

Universidade Católica Portuguesa

CARGA DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA: UM CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A DOTAÇÃO SEGURA

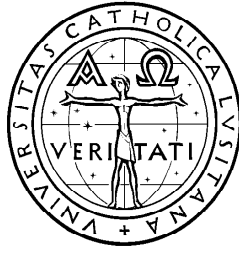
FAMILY NURSE'S WORKLOAD IN MANAGING CHRONIC DISEASE: A CONTRIBUTION TO THE CONSTRUCTION OF A REFERENCE MATRIX FOR SAFE NURSE STAFFING

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Maria Jacinta Pereira Dantas

Instituto de Ciências da Saúde

Dezembro, 2023



Universidade Católica Portuguesa

CARGA DE TRABALHO DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA: UM CONTRIBUTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ DE REFERÊNCIA PARA A DOTAÇÃO SEGURA

FAMILY NURSE'S WORKLOAD IN MANAGING CHRONIC DISEASE: A CONTRIBUTION TO THE CONSTRUCTION OF A REFERENCE MATRIX FOR SAFE NURSE STAFFING

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por: Maria Jacinta Pereira Dantas

Sob a orientação da Prof^ª Doutora Maria Henriqueta de Jesus Figueiredo

Instituto de Ciências da Saúde

Dezembro, 2023

Agradecimentos

À Prof^a Doutora Maria Henriqueta de Jesus Figueiredo por ter aceitado orientar este trabalho, pelo constante e incansável apoio no caminho da construção e desenvolvimento do mesmo e sobretudo, pelo suporte e amizade;

À Prof^a Doutora Beatriz Araújo pela orientação, apoio e conhecimento e pela ajuda no momento e no tempo mais certo e mais necessário;

À Prof^a Doutora Cidália Amorim pela ajuda, disponibilidade, presença e amizade;

Ao Prof. Doutor Luís Graça pela orientação sempre precisa e indispensável;

Ao Ricardo, Carolina e Tiago Cerqueira pela ajuda preciosa na definição da matriz e discussões conceptuais;

À Isabel Silva colega desta viagem pela constante ajuda e apoio;

À Direção Clínica do Agrupamento de Centros de Saúde, Dr.^a Fátima Fonseca e Enfermeira Rosinda Direito;

A todos os utentes que participaram nos estudos;

Aos senhores enfermeiros que participaram no estudo, pela disponibilidade e autorização, essenciais para a concretizam do estudo;

Ao Bruno Cerqueira, Sara Antunes, Jorge Sousa;

Aos meus amigos pela insistência e por nunca terem permitido que eu deixasse de acreditar que seria capaz de levar este trabalho até ao fim;

A todos os que com a sua crítica ajudaram na construção deste projeto;

A todos, muito obrigada!

Dedicatória

Aos meus pais, José e Fernanda.

À minha madrinha, Jacinta.

Resumo

Enquadramento: A doença crónica é uma condição de saúde que se manifesta cada vez com maior expressão a nível mundial. As doenças crónicas como a diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras afetam oito em cada dez pessoas com mais de 65 anos na Europa, e cerca de 80% dos orçamentos de saúde em toda a EU são gastos no tratamento destas doenças. O aumento das doenças crónicas tem impacte na vida das populações e coloca exigências e desafios aos sistemas de saúde e aos seus profissionais. Os cuidados de enfermagem podem e contribuem substancialmente, para a redução da morbimortalidade e para a eficiência dos sistemas de saúde. A carga de trabalho desajustada tem vindo a ser associada a eventos adversos, nomeadamente à probabilidade do aumento do número de mortes, aumento de infeções do trato urinário, úlceras por pressão, infeções respiratórias, insatisfação com os cuidados dos enfermeiros por parte dos utentes, insatisfação profissional e fracos resultados das instituições de saúde. Neste sentido, a dotação segura de enfermeiros relaciona-se com a prestação de cuidados seguros, de qualidade e de elevada complexidade, numa diversidade de contextos. **Objetivos:** O presente estudo pretendeu a construção de uma matriz orientadora para a determinação da dotação segura de Enfermeiros de Família (EF), considerando a carga de trabalho associada à dimensão dos cuidados à pessoa com doença crónica em contexto dos CSP. Definiram-se como objetivos centrais da investigação: construir e validar um instrumento que permitisse identificar as intervenções realizadas pelos EF na consulta à pessoa com doença crónica; identificar preditores da carga de trabalho; determinar a carga de trabalho na consulta; desenvolver um modelo de previsão da carga de trabalho e construir uma matriz de referência para a dotação segura de EF para a gestão da doença crónica. **Metodologia:** No propósito de alcançar os resultados pretendidos elaborou-se um desenho de investigação constituído por três etapas designadas por: base do projeto, edificação e consolidação do projeto. Em cada etapa foram realizados estudos nos quais se adotaram metodologias e instrumentos distintos. Na etapa 1, realizou-se um estudo em dois momentos: construção e validação do instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros de família, para tal recorreu-se à técnica de Delphi e, na verificação da aplicabilidade prática através de um estudo piloto de cariz quantitativo, descritivo exploratório, numa amostra de 16 enfermeiros de família e 196 pessoas com doença crónica (DM, HTA, HIPO). Na etapa 2 realizou-se um estudo eminentemente quantitativo, transversal e analítico com o qual se pretendeu identificar as intervenções realizadas pelos EF na consulta à pessoa com doença crónica e determinar a consequente carga trabalho. Recorreu-se a uma amostra de 509 pessoas portadoras de doença crónica inscritos no ACeS com diagnóstico ativo de doença, e 50 EF em exercício em unidades de saúde familiar e unidade de cuidados de saúde personalizados. Na etapa 3 concretizou-se um estudo eminentemente qualitativo com recurso a grupos focais, pretendeu-se validar uma fórmula de cálculo de horas seguras para a gestão da doença crónica e definir uma matriz de dotação segura. **Resultados:** Na primeira etapa da investigação construiu-se um instrumento designado por Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família (IACENFF). O instrumento é composto por cinco dimensões que correspondem à abrangência da atuação dos EF em contexto dos CSP. Validou-se o conteúdo do instrumento e verificou-se a aplicabilidade prática das grelhas IACENFF-CE-DIA; IACENFF-CE-HTA; IACENFF-CE-HIPO que constituem a dimensão da Gestão da Doença Crónica (GDC). Verificou-se que mais de 90% das intervenções dos EF estavam previstas no instrumento o que permite determinar a carga de trabalho. Na etapa 2 foram identificadas as intervenções que EF realiza no âmbito da gestão da doença crónica (AC1, AC2, AC3). A carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com doença crónica foi definida por intervenções do tipo avaliar, ensinar, monitorizar, acolhimento, procedimentos de continuidade de cuidados entre outros. Estas intervenções permitem identificar a dimensão dos cuidados assistenciais e não assistenciais, sendo que os cuidados assistenciais contribuem de forma mais significativa para a carga de trabalho. A carga de trabalho é traduzida pelo tempo de consulta para cada área clínica correspondendo ao tempo médio de 44,4 min (AC1), 43,8 min (AC2) e 35,5 min (AC3). Foram gerados modelos de previsão do cálculo da carga de trabalho a partir das intervenções realizadas no domínio assistencial e não assistencial. Verificou-se uma distribuição equitativa da carga de trabalho pelas respetivas áreas clínicas do EF âmbito do ACeS. Na última etapa da investigação foi validada a proposta de fórmula que permite determinar o peso da gestão da doença crónica na carga total de trabalho do EF, determinou-se o valor de 772h/ anuais como horas seguras para a gestão da doença crónica. **Conclusão:** A evidência comprovou que o instrumento IACENFF – Gestão de Doença Crónica (GDC) é válido. Os modelos de previsão de carga de trabalho gerados podem servir de referência para determinar a composição das equipas de enfermagem, principalmente no contexto de USF/UCSP. A matriz de dotação pode servir de referência e ser utilizada ao nível micro (no contexto de unidade funcional), a nível macro (no contexto de ACeS) ou a nível nacional, na medida em que identifica valores de horas seguras. A utilização de instrumentos precisos para determinar o dimensionamento das equipas de enfermagem nas USF/UCSP poderá permitir ao enfermeiro prestar cuidados seguros e de qualidade. Estes resultados são um passo na discussão de como organizar a prestação de cuidados de saúde, principalmente sobre como determinar o tamanho adequado de uma equipa de enfermagem. A organização dos cuidados de saúde é um assunto complexo, que exige estudos direcionados no sentido de melhorar o cuidado à pessoa com doença crónica.

Palavras-chave: Enfermeiros de saúde da família; carga de trabalho; doença crónica; modelos de cuidados; dotação de recursos para cuidados de saúde; equipa de enfermagem

Abstract

Framework: Chronic disease is a health condition with increasing expression worldwide. Chronic diseases such as diabetes, cardiovascular diseases, among others, affect 8 out of 10 people over 65 in Europe and account for around 80% of healthcare budgets across the EU. The increase in chronic diseases has an impact on the lives of populations is a increasing challenge to health systems and their professionals. Nursing care contributes substantially to the reduction of morbidity and mortality and to the efficiency of health systems. The inadequate workload has been associated with adverse events, namely the probability of an increase in mortality, urinary tract infections, pressure ulcers, respiratory tract infections, patients' dissatisfaction with nurses' care, professional dissatisfaction and poor results of health institutions. As such, the safe allocation of nurses is related to the provision of highly complex, safe quality care, in a variety of contexts. **Objectives:** This study aimed to build an oriented matrix that helps to determine the safe allocation of Family Nurses, taking into account the workload associated with the different facets of care required for the person with chronic disease in the context of Primary Health Care (PHC). The main research objectives were defined as: to build and validate an instrument that allows identifying the interventions carried out by Family Nurses in the consultation of chronic diseases; to identify workload predictors; to determine the workload in a consultation; to develop a workload forecast model and build a reference matrix for the safe allocation of Family Nurses for the management of chronic diseases. **Methodology:** In order to achieve the intended results, a research plan was crafted consisting of three stages: project base, construction and project consolidation. At each stage, the studies were conducted adopting different methodologies and instruments. In phase 1, a study was performed in two steps: construction and validation of the Family nurses' workload assessment instrument, verified through the Delphi technique. Its practical applicability was tested through a pilot study of a quantitative, descriptive and exploratory nature, in a sample of 16 family nurses and 196 people with chronic disease (diabetes [AC1], hypertension [AC2], hypocologalation [AC3]). In phase 2, a quantitative, transversal, and analytical study was done, aimed at identifying the interventions performed by Family Nurses during the consultation of the person with a chronic disease, to determine the consequent associated workload. The sample consisted of 509 people with chronic disease enrolled in the ACeS with an active diagnosis of disease, and 50 Family Nurses working in USF/UCSP. In phase 3, a qualitative study was conducted using focus groups, with the purpose of validating a formula for calculating the safe number of hours for the management of chronic disease and creating a safe allocation matrix. **Results:** In the first stage of research, an instrument was built to assess the workload of the Family Nurse - IACTENFF. The instrument is composed of five facets that represents the scope of the practice of a Family Nurses in PHC. The content and layout of the instrument was validated and the practical applicability of the IACTENFF-CE-DIA; IACTENFF-CE-HTA; IACTENFF-CE-HIPO grids was verified, in what constitutes the Chronic Disease Management (CDM) facets. It was found that over 90% of the interventions provided by Family Nurses were predicted by the instrument. This means that the instrument can predict a family nurses' workload. In step 2, the interventions that the Family Nurse performs in the context of chronic disease management were identified (AC1, AC2, AC3). The Family Nurse's workload when consulting a person with a chronic disease is characterized by interventions such as evaluation, teaching, monitoring, welcoming, continuity of care procedures, among others. These interventions made it possible to identify the dimensions of assisted and non-assisted care, the assisted care being the one that contributes more significantly to the workload. The workload can be seen as the mean consultation time for each clinical area 44,4m (AC1) 43,8 m (AC2) and 35,5 m (AC3). Workload calculation forecast models were generated. An equitable distribution of the workload among the respective clinical areas of Family Nurses was found. In the last stage of research, the proposal for the formula that determines the weight of chronic disease management in the total workload of family nurses was validated, and the value of 772h/annually was defined as the number of safe hours for the management of the chronic disease. **Conclusion:** Evidence proved that the instrument IACTENFF - Management of Chronic Disease (MCD) is valid. The workload forecast models generated can serve as a reference to determine the composition of nursing teams, especially in a USF/UCSP context. The allocation matrix can serve as a reference to be used at the micro level (in the context of a Health Unit), at the macro level (in the context of an ACeS) or at the national level, insofar as they identify safe hour values. The use of precise instruments to determine the size of nursing teams in USF/UCSP allows nurses to provide safe and quality care. These results are a step in the discussion of how to organize Health Care, especially on how

to determine the correct size of a Nursing team. The correct organization of Health Care is a complex subject, which will still demand directed study to allow for better and better care of the person with a chronic disease.

Keywords: Family nurse practitioners; workload; chronic disease; health care models; health care rationing; nurse team

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Elementos e contributos do modelo de cuidados na doença crónica.....	51
Quadro 2 - Componentes e definições de cuidados de saúde de qualidade	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Princípios do cuidado centrado na pessoa	47
Figura 2 - Modelo de cuidados na doença crónica.....	50
Figura 3 - Princípios da construção de equipas de enfermagem segundo a American Nurses Association.....	64
Figura 4 - Variáveis influenciadoras da dotação de enfermeiros.....	66
Figura 5 - Etapas do desenho da investigação.....	83
Figura 6 - Plataforma de recolha dados – ícones ilustrativos dos repositórios digitais	108
Figura 7 - Ícones ilustrativos dos sub-repositórios da PGDC	108
Figura 8 - Grelha IACTENFF-CE-DIA	109
Figura 9 - Consentimento informado ao utente.....	110
Figura 10 - Curva de Lorenz da carga de trabalho total dos enfermeiros de família na consulta por área clínica.....	179
Figura 11 - Curva de Lorenz da carga de trabalho assistencial dos enfermeiros de família por área clínica.....	180
Figura 12 - Curva de Lorenz da carga de trabalho não assistencial dos enfermeiros de família por área clínica.....	181
Figura 13 - Formula de cálculo do número de horas de cuidados para a gestão da doença crónica	222
Figura 14 - Distribuição de horas de cuidado necessárias anualmente por enfermeiro por área clínica	225
Figura 15 - Horas de cuidados necessárias para a gestão da doença crónica e peso na carga total de trabalho do enfermeiro de família.....	226
Figura 16 - Matriz de horas seguras para a gestão da doença crónica por EF/ano	227
Figura 17 - Matriz de horas seguras para a gestão da doença crónica por ACeS	229

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio avaliar.....	118
Tabela 2 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio monitorizar	119
Tabela 3 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio ensinar.....	120
Tabela 4 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio: elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar.....	121

Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados, documentação de cuidados.....	123
Tabela 6 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo por subdomínios relacionadas com a carga de trabalho por subdomínio.....	124
Tabela 7 - Resumo dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com DM.....	125
Tabela 8 - Análise de variância para a significância global dos modelos gerados.....	125
Tabela 9 - Modelos, preditores, coeficientes não-estandardizados, teste t, valor p e intervalos com 95% de confiança para B	127
Tabela 10 - Equações de regressão estimada dos modelos gerados para cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com DM.....	127
Tabela 11 - Distribuição hipotética do cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com DM.....	128
Tabela 12 - Validação cruzada dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com DM.....	129
Tabela 13 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio avaliar.....	131
Tabela 14 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio monitorizar	132
Tabela 15 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio ensinar.....	133
Tabela 16 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado nos subdomínios: elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar.....	134
Tabela 17 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados.....	135
Tabela 18 - Distribuição por média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nos itens relacionadas com a carga de trabalho por subdomínio	136
Tabela 19 - Distribuição por média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nos itens relacionadas com a carga de trabalho por domínio de cuidados	137
Tabela 20 - Resumo dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA	137
Tabela 21 - Análise de variância para a significância global dos modelos gerados	138
Tabela 22 - Modelos, preditores, coeficientes não-estandardizados, teste t, valor p e intervalos com 95% de confiança para B	139
Tabela 23 - Equações de regressão estimada dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA.....	139
Tabela 24 – Distribuição hipotética do cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA.....	140
Tabela 25- Validação cruzada dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa HTA	141

Tabela 26 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio avaliar.....	143
Tabela 27 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio monitorizar	144
Tabela 28 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio ensinar.....	145
Tabela 29 - Distribuição da frequência relativa e absoluta de cada item identificado nos subdomínios: elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar, executar.....	146
Tabela 30 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado nos subdomínios acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados.....	147
Tabela 31 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nas variáveis relacionadas com a carga de trabalho por subdomínio.....	148
Tabela 32 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nos itens relacionados com a carga de trabalho por domínio de cuidados.....	149
Tabela 33 - Resumo dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO.....	149
Tabela 34 - Análise de variância para a significância global dos modelos gerados	149
Tabela 35 - Modelos, preditores, coeficientes não-estandardizados, teste t, valor p e intervalos com 95% de confiança para B	150
Tabela 36 - Equações de regressão estimada dos modelos de cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO	151
Tabela 37 - Distribuição hipotética do cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO	151
Tabela 38 - Validação cruzada dos modelos gerados na previsão do cálculo da carga de trabalho no EF na consulta à pessoa em HIPO.....	152
Tabela 39 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos enfermeiros de família em relação às variáveis socioprofissionais por área clínica.....	153
Tabela 40 - Comparação da carga de trabalho entre a categoria profissional de enfermeiro e enfermeiro especialista	155
Tabela 41 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros com e sem formação complementar.....	155
Tabela 42 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros com e sem pós-graduação	155
Tabela 43 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros em função do grau académico.....	155
Tabela 44 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros em função do vínculo profissional.....	156
Tabela 45 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros em função do local onde desempenham atividade profissional: USF <i>vs</i> UCSP	156
Tabela 46 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos utentes com doença crónica em relação às variáveis socioprofissionais por área clínica	157

Tabela 47 - Correlações entre a carga de trabalho e algumas variáveis sociodemográficas por área clínica.....	159
Tabela 48 - Associação Eta entre a carga de trabalho e algumas variáveis nominais dicotômicas por área clínica	159
Tabela 49 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado do utente civil por área clínica..	160
Tabela 50 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado civil do utente por área clínica	160
Tabela 51 - Teste H Kreuskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado civil do utente por área clínica	160
Tabela 52 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade do utente por área clínica	161
Tabela 53 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade do utente por área clínica	161
Tabela 54 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade do utente por área clínica	162
Tabela 55 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional do utente por área clínica	162
Tabela 56 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional do utente por área clínica	162
Tabela 57 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional do utente por área clínica.....	163
Tabela 58 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da composição do agregado familiar por área clínica	163
Tabela 59 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da composição do agregado familiar por área clínica.....	163
Tabela 60 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da composição do agregado familiar por área clínica	164
Tabela 61 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia familiar por área clínica	164
Tabela 62 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia familiar por área clínica	165
Tabela 63 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia familiar por área clínica.....	165
Tabela 64 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da forma de deslocação do utente por área clínica.	165
Tabela 65 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da forma de deslocação do utente por área clínica	166
Tabela 66 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da forma de deslocação do utente por área clínica.....	166

Tabela 67 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função das características da habitação do utente por área clínica.....	166
Tabela 68 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função das características da habitação do utente por área clínica	166
Tabela 69 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função das características da habitação do utente por área clínica	167
Tabela 70 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento do utente por área clínica	167
Tabela 71 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento do utente por área clínica	167
Tabela 72 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento do utente por área clínica.....	168
Tabela 73 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função do grau de dependência na mobilidade do utente por área clínica.....	168
Tabela 74 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função do grau de dependência na mobilidade do utente por área clínica.....	168
Tabela 75 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função do grau de dependência na mobilidade do utente por área clínica.....	169
Tabela 76 - Tamanho da amostra, valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros, em função do número de doenças por utente	169
Tabela 77 - Teste H Kruskal-Wallis para comparar a carga de trabalho dos enfermeiros em função do número de doenças por utente.....	169
Tabela 78 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros por número de doenças por área clínica	170
Tabela 79 - Teste H Kruskal-Wallis para comparar a carga de trabalho dos enfermeiros por número de doenças por área clínica	170
Tabela 80 – Resumos das variáveis sociodemográficas dos utentes por área clínica.....	171
Tabela 81 - Matriz de correlações ordenada decrescentemente entre a carga de trabalho dos enfermeiros <i>vs</i> intervenções realizadas.....	172
Tabela 82 - Correlação entre as cargas de trabalho dos enfermeiros pelas três áreas clínicas	174
Tabela 83 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da carga de trabalho dos enfermeiros ao utente com doença crónica.....	174
Tabela 84 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros por área clínica.....	175
Tabela 85 - Coeficiente de Gini por subdomínio da carga de trabalho dos enfermeiros na área clínica 1.....	175
Tabela 86 - Coeficiente de Gini em cada subdomínio da carga de trabalho dos enfermeiros na área clínica 2	176
Tabela 87 - Coeficiente de Gini em cada subdomínio da carga de trabalho dos enfermeiros na área clínica 3	177

Tabela 88 - Coeficiente de Gini na carga de trabalho total dos enfermeiros na área clínica 4	177
Tabela 89 - Distribuição comparativa da carga de trabalho dos enfermeiros por área clínica	178
Tabela 90 - Comparação da carga de trabalho dos enfermeiros por subdomínios por área clínica	178
Tabela 91 - Caracterização socioprofissional das amostras dos profissionais de enfermagem que participaram nos grupos focais.....	213

SIGLAS, ABREVIATURAS e SÍMBOLOS

AC – Área Clínica
ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde
ANA – American Nurses Association
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCM – Chronic Care Model
CCP – Cuidado Centrado na Pessoa
CH – Cuidados Hospitalares
CILE – Consentimento Informado Livre e Esclarecido
CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
CNA – Canadian Nurses Association
CS – Centro de Saúde
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTE – Carga de Trabalho do Enfermeiro
DALYS – Disability Adjusted Life Years
DC – Doença Crónica
DCVs – Doenças Cardiovasculares
DIC – Doença Isquémica Cardíaca
DM – Diabetes Mellitus
DNT – Doença Não Transmissível
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DS – Dotação Segura
DSE – Dotação Segura em Enfermagem
EAP – Enfermeiro das Associações Profissionais
EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar
EF – Enfermeiro de Família
EG – Enfermeiro Gestor
ECA – Ensaio Clínico Aleatorizado
ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde
EPC- Enfermeiro da Prática Clínica

EPS – Educação Para a Saúde

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESEP – Escola de Enfermagem do Porto

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

EU – União Europeia

FA – Fibrilhação Auricular

FAC- Família de Acolhimento

GDC – Gestão da Doença Crónica

GF- Grupo Focal

HbA1c- Hemoglobina glicada

HIPO - Hipocoagulado

HTA – Hipertensão Arterial

IACTENFF – CE-DIA - Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – Consulta de Enfermagem- Diabetes

IACTENFF – CE-DO - Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – Consulta de Enfermagem- Doença Oncológica

IACTENFF – CE-DR - Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – Consulta de Enfermagem- Doença Respiratória

IACTENFF – CE-HIPO - Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – Consulta de Enfermagem- Hipocoagulação

IACTENFF – CE-HTA - Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – Consulta de Enfermagem- Hipertensão Arterial

IACTENFF – GDC - Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – Gestão da Doença Crónica

IACTENFF – Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família

ICN – International Council of Nurses

IDF – International Diabetes Federation

IMC – Índice de Massa Corporal

INR – International Normalized Ratio

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MS – Ministério da Saúde

NIC – Nursing Intervention Classification

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PGDC – Programas de Gestão da Doença Crónica
PND- Programa Nacional da Diabetes
PNDCCV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente
RCN – Royal College of Nurses
RNAO - Registered Nurses Association of Ontario
RNCSP – Rede Nacional de Cuidados de Saúde Primários
SCNWNT – Scottish Community Nursing Workload Measurement Tool
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia
SS – Sistema de Saúde
TAO – Terapêutica Anticoagulante Oral
TEV – Tromboembolismo Venoso
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
USD – United States Dollar
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – World Health Organization

e.g. – *exempli gratia*

n.º - número

Min – Minuto

Pab – Perímetro Abdominal

Seg – Segundos

SdS – Serviço de Saúde

Vgs- Vigilância da Saúde

Vs - versus

2^a - segunda

3^a – terceira

\$ - Dólar Americano

% - percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	20
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	24
1.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: DA REFORMA À IMPLEMENTAÇÃO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	24
1.2. CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: DOS CUIDADOS GERAIS AOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS.....	28
1.3. DOENÇA CRÓNICA: DA CARGA EPIDEMIOLÓGICA E ECONÓMICA AOS PROGRAMAS E MODELOS DE GESTÃO.....	36
1.4. DO MODELO DE CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA/FAMÍLIA AO MODELO DE CUIDADO CRÓNICO.....	46
1.5. QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	53
1.5.1. DOTAÇÃO SEGURA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM: DO CONCEITO AOS MÉTODOS DE MENSURAÇÃO	60
1.5.2. CARGA DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS: DO CONCEITO ÀS IMPLICAÇÕES NOS RESULTADOS DOS CUIDADOS.....	68
CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	76
2.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	76
2.2. OBJETIVOS.....	79
2.3. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	80
CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO	82
3.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	82
3.2. QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO	84
ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO	88
ETAPA 1- BASES DA INVESTIGAÇÃO	88
3.3. METODOLOGIA	88
3.3.1. OBJETIVOS DO ESTUDO	88
3.3.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	92
3.3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	95
3.3.4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	96
3.3.5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	96
3.3.6. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS	97
3.3.7. RESULTADOS.....	97
ETAPA 2 – EDIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	104
3.4. METODOLOGIA	104
3.4.1. OBJETIVOS.....	105
3.4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	106
3.4.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	107
3.4.4. PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	110
3.4.5. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS	112
3.4.6. RESULTADOS.....	115
3.4.6.1 Área clínica 1 – Consulta de Enfermagem à Pessoa com DM	115
3.4.6.1.1. Caracterização da Amostra – Enfermeiros de Família	115
3.4.6.1.2. Caracterização da Amostra: Pessoas com DM	116
3.4.6.1.3. Intervenções de Enfermagem: Domínio Assistencial na Consulta à Pessoa com DM	117
3.4.6.1.4. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Avaliar	117

3.4.6.1.5. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Monitorizar	119
3.4.6.1.6. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Ensinar	119
3.4.6.1.7. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Elaborar, Planear, Treinar, Promover, Administrar, Referenciar, Assistir, Incentivar e Executar	121
3.4.6.1.8. Intervenções de Enfermagem: Domínio Não Assistencial na Consulta à Pessoa com DM	122
3.4.6.1.9. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Acolhimento, Procedimentos de Controlo de Infecção, Procedimentos de Continuidade de Cuidados, Documentação de Cuidados	122
3.4.6.1.10. Preditores da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com DM	123
3.4.6.1.11. Modelo de Previsão do Cálculo da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com DM	125
3.4.6.2. Área Clínica 2 - Consulta de Enfermagem à Pessoa com HTA	129
3.4.6.2.1. Caracterização da Amostra: Enfermeiros de Família	129
3.4.6.2.2. Caracterização da Amostra: Pessoas com HTA	130
3.4.6.2.3. Intervenções de Enfermagem: Domínio Assistencial na Consulta à Pessoa com HTA	131
3.4.6.2.4. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Avaliar	131
3.4.6.2.5. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Monitorizar	132
3.4.6.2.6. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Ensinar	133
3.4.6.2.7. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Elaborar, Planear, Treinar, Promover, Administrar, Referenciar, Assistir, Incentivar e Executar	134
3.4.6.2.8. Intervenções de Enfermagem: Domínio Não Assistencial na Consulta à Pessoa com HTA	135
3.4.6.2.9. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Acolhimento, Procedimentos de Controlo de Infecção, Procedimentos de Continuidade de Cuidados, Documentação de Cuidados	135
3.4.6.2.10. Preditores da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família na Consulta à Pessoa com HTA	136
3.4.6.2.11. Modelo de Previsão do Cálculo da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com HTA	137
3.4.6.3. Área Clínica 3 - Consulta de Enfermagem à Pessoa em HIPO	141
3.4.6.3.1. Caracterização da Amostra: Enfermeiros de Família	141
3.4.6.3.2. Caracterização da Amostra: Pessoas em HIPO	142
3.4.6.3.3. Intervenções de Enfermagem: Domínio Assistencial na Consulta à Pessoa em HIPO	143
3.4.6.3.4. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Avaliar	143
3.4.6.3.5. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Monitorizar	144
3.4.6.3.6. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Ensinar	145
3.4.6.3.7. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Elaborar, Treinar, Promover, Administrar, Referenciar, Assistir, Incentivar e Executar	145
3.4.6.3.8. Intervenções de Enfermagem: Domínio Não Assistencial na Consulta à Pessoa em HIPO	146
3.4.6.3.9. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Acolhimento, Procedimentos de Controlo de Infecção, Procedimentos de Continuidade de Cuidados, Documentação de Cuidados	147

3.4.6.3.10. Preditores da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família na Consulta à Pessoa em HIPO	147
3.4.6.3.11. Modelos de Previsão do Cálculo da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa em HIPO	149
3.4.6.4. Área Clínica 4 – Consulta à Pessoa com Doença Crónica	152
3.4.6.4.1. Caracterização da Amostra: Enfermeiros de Família	152
3.4.6.4.1.1. Características Socioprofissionais dos Enfermeiros Influenciadoras da Carga de Trabalho	154
3.4.6.4.2. Caracterização da Amostra: Pessoas com Doença Crónica.....	156
3.4.7.4.2.1. Características Sociodemográficas da Pessoa com Doença Crónica Influenciadoras da Carga de Trabalho	159
3.4.6.4.3. Intervenções Predictoras da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com Doença Crónica	172
3.4.6.4.4. Distribuição das Cargas de Trabalho por Área Clínica	175
3.4.6.4.5. Discussão dos Resultados	181
ETAPA 3 – CONSOLIDAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	206
3.5. METODOLOGIA	206
3.5.1. OBJETIVOS DO ESTUDO	207
3.5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	207
3.5.2.1. Amostra: Enfermeiros Gestores.....	208
3.5.2.2. Amostra: Enfermeiros da Prática Clínica.....	208
3.5.2.3. Amostra: Elementos Representantes de Associações de Enfermagem... ..	208
3.5.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	209
3.5.4. PROCEDIMENTO DE COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	209
3.5.5. RESULTADOS.....	212
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES.....	231
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	238
APÊNDICES	267
APÊNDICE 1 – GRELHA DE REGISTO IACTENFF- CE-DIA	268
APÊNDICE 2 – GRELHA DE REGISTO IACTENFF- CE-HTA.....	269
APÊNDICE 3 – GRELHA DE REGISTO IACTENFF- CE-HIPO	270
APÊNDICE 4 – GRELHA DE REGISTO IACTENFF- CE-DO.....	271
APÊNDICE 5 – GRELHA DE REGISTO IACTENFF- CE-DR	272
APÊNDICE 6 – GUIÃO DE ENTREVISTA – GRUPO FOCAL	273
APÊNDICE 7 – GUIÃO DE OBSERVAÇÃO DA SESSÃO – GRUPO FOCAL.....	274
ANEXOS	275
ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	276

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um elemento central do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços a continuidade de cuidados, promoção da saúde e prevenção da doença, na prestação de cuidados de saúde, e no acompanhamento de qualidade e proximidade às populações (Decreto-Lei n.º 73/2017).

Em Portugal, os CSP tem estado em constante evolução na sua arquitetura organizacional, na tentativa de prestar melhores cuidados e mais ajustados às necessidades dos cidadãos. Em 2005, deu-se início à reforma que visou melhorar a acessibilidade, organização dos cuidados, pontualidade no atendimento, facilidade e o conforto na utilização dos serviços de saúde por parte dos cidadãos, e fundamentalmente a qualidade dos cuidados de saúde aliada à satisfação dos utilizadores e dos profissionais (Biscaia & Heleno, 2017).

A reforma dos CSP iniciada em 2005, teve como acontecimento mais relevante a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), a reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde (CS) através da implementação de unidades funcionais, nomeadamente as Unidades de Saúde Familiar (USF); a introdução de novos modelos de gestão; a instituição da governação clínica e a reorganização de serviços de suporte. A primeira fase desta reforma operacionalizou-se através da publicação do Decreto-Lei n.º 298/2007, o qual estabeleceu o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem. Passado uma década do início da reforma é publicado o Decreto-Lei n.º 73/2017, que altera o regime jurídico das USF. A nova legislação introduziu alterações, nomeadamente no que toca à enfermagem, sobretudo, a obrigatoriedade do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF); atribuição de uma lista de utentes inscritos por enfermeiro de família (EF) privilegiando a estrutura familiar, sendo que a dimensão da lista de utentes inscritos tem um número mínimo de 1917 unidades ponderadas (Decreto-Lei n.º 73/2017).

Os CSP têm assumido uma dimensão cada vez mais significativa no tratamento da doença, assim como na promoção da saúde, e com expressiva relevância, na sua prevenção. O fenómeno social do envelhecimento da população, a alteração dos estilos de vida, entre outros fatores, tem contribuído para o aumento da doença crónica (DC). E estas impõem uma carga económica e social enorme e crescente aos indivíduos, famílias e sociedade, bem como aos sistemas de saúde (SS). E, são responsáveis pela maioria das mortes e causas de

incapacidades em todo o mundo, contribuindo significativamente para os custos da saúde (WHO, 2020). Da mesma forma que desencadeiam um conjunto de alterações nas dinâmicas das famílias, e em consequência dessas todo o sistema familiar é afetado.

A importância da Enfermagem de Família, foi destacada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2000, através do *Health 21*, quando salientou no quadro de políticas de saúde para a região da Europa, o papel da enfermeira de Saúde da Família, e o seu relevante contributo dentro de uma equipa multidisciplinar para atingir os 21 alvos para o século XXI. Neste sentido, a Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), fundamentada no conceito da World Health Organization [WHO] 2000, coloca os enfermeiros dos CSP, numa posição privilegiada para promover a saúde do indivíduo, família e comunidade (WHO, 2000).

Perante a doença crónica de um dos seus membros, a família é pressionada a desencadear e mobilizar mecanismos que não são de uso habitual. No processo de adaptação à nova condição de saúde da família, as reações da pessoa doente e dos restantes membros influenciam-se mutuamente neste processo (Figueiredo, 2012). As adaptações necessárias podem passar pela reorganização da dinâmica familiar, ao assumirem muitas vezes novos papéis, para satisfazer as necessidades do membro doente. Portanto, as famílias devem-se capacitar para aceitar a doença, identificar e lidar com os sintomas da mesma, reorganizar as suas atividades e aprender a lidar com os serviços prestadores de cuidados de saúde (Figueiredo, 2012). Neste sentido, as famílias precisam de ser ajudadas a restabelecer o equilíbrio das suas dinâmicas familiares. O EF “é o profissional que, integrado numa equipa multiprofissional assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais à família, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei n.º 118/ 2014, p. 4070). Este afigura-se como o eixo estruturante e funcional do acesso e na prestação de cuidados no âmbito dos CSP.

Os enfermeiros, enquanto profissionais habilitados com reconhecida competência científica, técnica e humana para o exercício da enfermagem, devem assentar a sua prática baseada na evidência e sustentada pelos padrões de qualidade, zelando pela segurança dos cuidados prestados. Concomitantemente, o enquadramento legal e conceptual da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), assente no regulamento (Reg.) n.º 428/2018, define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF) como sendo o profissional que cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos

diferentes níveis de prevenção. Os EEESF assumem a responsabilidade profissional de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo/família sustentada no processo de tomada de decisão clínica centrada em focos de atenção, dimensões de diagnóstico, atividades de diagnóstico, intervenções e avaliação (Figueiredo, 2012).

Assim, pretende-se conhecer a realidade dos contextos de práticas dos EF em unidades funcionais USF e Unidade de cuidados de Saúde Personalizado (UCSP), no que diz respeito às intervenções realizadas no âmbito da vigilância da pessoa/família com doença crónica, bem como, identificar a carga de trabalho (CT) associada. Procurou-se obter conhecimento que permita construir uma matriz orientadora na determinação da dotação segura de EF e, para tal, definiram-se os seguintes objetivos: construir e validar um instrumento que permita identificar as intervenções do EF na consulta à pessoa com DC; determinar a carga de trabalho associada aos cuidados dos EF na gestão da DC; determinar o tempo gasto pelos EF na consulta de vigilância à pessoa com doença crónica; determinar os preditores da carga de trabalho do EF; desenvolver um modelo de previsão do cálculo da carga de trabalho do EF e construir uma matriz orientadora de dotação segura de EF para a gestão da doença crónica.

Procura-se neste relatório reproduzir o percurso desenvolvido para a concretização da investigação proposta. O presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. No capítulo 1 são apresentadas as bases teóricas e os pressupostos conceptuais que integram o objeto de estudo – Intervenções e CT dos Enfermeiros de Família e gestão da doença crónica em contexto de CSP. Teve-se em consideração a descrição dos CSP, aludindo às mais recentes reformas implementadas em Portugal, que visaram essencialmente melhorar a acessibilidade e a eficiência dos serviços. Incide-se na implementação e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de saúde familiar, através da prática do EF no âmbito dos cuidados gerais e/ou especializados. Discorre-se pela problemática doença crónica e das suas implicações no indivíduo, famílias, comunidades e sociedade e do seu impacte nos custos da saúde, bem como, sobre a importância dos modelos de gestão centrados na pessoa/família. Procurou-se o entendimento relativo às cargas de trabalho dos enfermeiros e as suas implicações na segurança e na qualidade dos cuidados de enfermagem para os indivíduos, profissionais e organizações de saúde.

No capítulo 2 apresenta-se a finalidade, os objetivos e as questões de investigação. Alude-se às questões éticas que nortearam a investigação. No capítulo 3 apresenta-se o desenho da investigação o qual foi constituído por três etapas. Expõe-se as opções metodológicas para cada etapa da investigação, a definição dos objetivos, bem como as técnicas utilizadas em cada estudo realizado. Discutem-se resultados obtidos nos estudos realizados. No capítulo 4 apresentam-se as conclusões gerais da investigação que procuram dialogar com a literatura alusiva ao tema em análise. Apontam-se as principais limitações percecionadas no decurso da investigação e apresentam-se sugestões para novos estudos no sentido do desenvolvimento desta área do conhecimento e da prestação de cuidados.

1.1. Cuidados de Saúde Primários: Da Reforma à Implementação da Enfermagem de Saúde Familiar

Os Cuidados de Saúde Primários direcionam-se à saúde e bem-estar de toda a sociedade centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades (WHO, 2019). Abordam as determinantes da saúde de forma vasta e incidem sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social e do bem-estar. Neste contexto prestam-se cuidados às pessoas, famílias e comunidades e não apenas para um conjunto de doenças específicas. Os CSP asseguram que as pessoas recebem desde a promoção e prevenção ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente natural.

A OMS concebeu a definição de CSP baseada em três princípios fundamentais:

- Satisfazer as necessidades das pessoas, através de cuidados promotores, protetores, preventivos, curativos, e de reabilitação através da interligação dos serviços de saúde;
- Abordar de forma sistemática os determinantes da saúde, através de políticas e ações públicas baseadas na evidência, e em todos os sectores;
- Capacitar as pessoas, famílias e comunidades de forma a otimizarem a sua saúde como autocuidadores e prestadores de cuidados a terceiros (WHO, 2019)

Os CSP efetivos são a pedra angular para os Sistemas de Saúde eficientes, centrados nos cidadãos e equitativos (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020). O desenvolvimento dos CSP em Portugal conheceu diversas fases (Branco & Ramos, 2001; Nunes, 2020) sendo que a primeira fase ocorreu de 1971 até ao período pré-revolucionário de 1975. Neste período foram criados os primeiros CS pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro e tinham na sua génese a prestação de cuidados de saúde prioritariamente associados à proteção da população, prevenção das doenças, na assistência a grupos mais vulneráveis, nomeadamente, mulheres e crianças e em campanhas de vacinação.

A segunda fase inicia-se após a revolução de 1975, perdurou, sensivelmente, até 1982, e teve como um dos aspetos mais marcante a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979.

O SNS foi aprovado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e constitui-se numa rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, em que o Estado salvaguarda o direito à proteção da saúde. Aplica-se às instituições e serviços que o constituem e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde. A segunda fase está associada à criação dos CS de 2ª geração definida pelo Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de abril, que aprova o Regulamento dos Centros de Saúde. Os CS de 2ª geração são definidos como unidades prestadoras de CSP, que visam a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento da doença (Biscaia, 2006). O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, foi que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos CS que seriam apelidados de 3ª geração. Contudo, os CS de 3ª geração na prática nunca foram efetivamente implementados, no entanto, precederam a projetos Alfa e ao regime remuneratório experimental para médicos de clínica geral, tendo sido revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, e este cria a rede de cuidados de saúde primários. A sua persecução previa garantir e providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, e uma permanente articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como parceiros fundamentais na promoção da saúde e prevenção da doença. É nesta fase que se inicia a gestão da organização por equipas multiprofissionais, criando as bases para a reforma que se inicia em 2005. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) que assumiu a condução do projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF (Resolução de Ministros n.º 157/2005).

A reforma dos CPS que teve início em 2005, visou melhorar a acessibilidade, a eficiência, a qualidade e a continuidade de cuidados de saúde, bem como a satisfação dos cidadãos e profissionais. A reforma centrou-se no desenvolvimento de novos modelos de cuidados, principalmente no desenvolvimento de uma estrutura organizativa matricial, baseada em unidades funcionais e assentes em equipas multiprofissionais (Decreto-Lei n.º 298/2007), nomeadamente, USF (Decreto-Lei n.º 298/2007; Decreto-Lei n.º 73/2017).

Às USF, enquanto unidades funcionais de um ACeS, compete-lhes prestar cuidados personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantir a acessibilidade, globalidade, qualidade e a continuidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 298/2007). No exercício da sua atividade os profissionais das USF devem atuar conciliando

a prestação, eficiência e a qualidade na prestação de cuidados. A USF detém autonomia funcional e técnica e articula-se com outras unidades funcionais do CS. O modelo organizativo em USF pressupõe, também, que todos os elementos da equipa cooperem na concretização dos objetivos definidos na carta de compromisso e cada elemento seja solidário no cumprimento das obrigações dos demais elementos.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 298/2007 a evolução organizativa das USF estabelece-se em três modelos A, B e C. Estes modelos de desenvolvimento (A, B e C) foram definidos no Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro, assim como os critérios para a sua atribuição: o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

O modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa. Compreende as USF do setor público com regras e remunerações definidas pela administração pública, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços paga em regime de trabalho extraordinário. Podem ainda contratualizar o cumprimento de metas adicionais que se pode traduzir em incentivos institucionais a reverter para investir no desenvolvimento da USF.

O modelo B é considerado para equipas com maior nível de maturidade organizacional, abrange as USF do setor público e têm um regime retributivo especial para os médicos, incentivos financeiros para enfermeiros e secretários clínicos. Contratualizam indicadores relacionados com incentivos institucionais e uma eventual carteira adicional de serviços.

O modelo C é ainda modelo experimental, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS. As USF de modelo C a constituir serão definidas em função de quotas estabelecidas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS) face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Abrange os setores social, cooperativo e privado (Despacho n.º 24101/2007), atualmente não se encontra nenhuma USF do modelo C em atividade.

Em 2008 é publicado o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro que vem permitir a criação dos ACeS. A nova figura organizativa - ACeS vem colocar novos desafios e exigências em termos de planeamento e gestão da prestação de cuidados de saúde, ao implicar uma alteração no modelo de organização dos serviços a nível regional, levando à extinção das sub-regiões de saúde. A criação dos ACeS configurou-se uma nova forma organizativa destinada

a fomentar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, e potenciar ganhos em saúde, trazidos pelas novas unidades funcionais que os constituem. Os ACeS apresentam-se como serviços desconcentrados da respetiva ARS, com poder executivo, constituídos por diversas unidades funcionais tais como: USF, UCSP, Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (UPS) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A reestruturação organizativa do CS não aconteceu de forma similar em todos os ACeS. Nos CS onde não foram constituídas USF a figura organizativa são UCSP. As UCSP “tem estrutura idêntica à prevista para a USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p. 1184).

Nesta senda de reformas e alterações organizativas é publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto que estabelece os princípios do enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas USF e UCSP.

Foi neste contexto de mudança que se tornou possível evidenciar o papel dos enfermeiros integrados nas diferentes unidades funcionais dos CSP na prestação de cuidados de enfermagem globais às famílias em todas as fases do seu ciclo de vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014; Decreto-Lei n.º 73/2017).

A referida reforma promovida nos CSP, teve por finalidade melhorar os cuidados de saúde torná-los centrados no cidadão, mais acessíveis e eficientes, pretendeu, também, evidenciar as competências dos diferentes grupos profissionais e a importância de serem aproveitadas, assim como de ser potenciada a autonomia e a cooperação entre as equipas e entre os profissionais, no sentido de os responsabilizar pela prestação de cuidados de saúde com qualidade e adequação, em tempo útil e a menor custo.

1.2. Cuidados de Enfermagem de Saúde Familiar: Dos Cuidados Gerais aos Cuidados Especializados

Em qualquer sistema de saúde (SS) baseado nos CSP, os cuidados de enfermagem assumem um papel de relevo, isto porque, desde sempre, os enfermeiros se preocuparam com os determinantes sociais, económicos e ambientais da condição de saúde das populações. Representando o maior grupo profissional em CSP, como em outros contextos de prestação de cuidados, os enfermeiros promovem e estabelecem ligações entre o indivíduo, família e comunidades.

A prática de enfermagem em contexto dos CSP foi fortemente influenciada pela iniciativa da OMS – Saúde para Todos – em 1978, em que reforçava a importância dos enfermeiros trabalharem fora dos contextos hospitalares (Correia, Dias, Coelho & Vitorino, 2001).

Desde a criação e implementação dos CS a atuação dos enfermeiros em CSP incide em duas áreas específicas: a de saúde pública e a de saúde comunitária, ambas fortemente influenciadas pelos problemas de saúde nacionais, orientações políticas nacionais e regionais, e pela formação e evolução da própria profissão (Correia et al., 2001). Até ao início da última reforma dos CSP, o modelo de prestação de cuidados de enfermagem era enquadrado nos programas nacionais de saúde e projetos desenvolvidos no CS, no domicílio ou em grupos institucionalizados da zona de implementação geográfica do CS. Os cuidados de enfermagem eram prestados numa perspetiva do indivíduo em resposta a uma necessidade específica de vigilância e/ou profilaxia enquadrada na vigilância de um programa nacional de saúde (e.g. programa nacional de vacinação). Atualmente a abordagem dos cuidados de enfermagem é centrada no indivíduo e na família conceptualizada como contexto para a prestação de cuidados.

A OMS, na definição do enquadramento conceptual para uma política de saúde para todos - Saúde 21, para a região europeia, destaca a família como alvo dos cuidados de Enfermagem. No prosseguimento destas políticas definidas emerge a figura do enfermeiro de família nos vários SS dos países europeus. E, concomitantemente são colocados novos desafios aos enfermeiros dos CSP, nomeadamente pelo reconhecimento da sua contribuição na promoção da saúde familiar e coletiva e pelo papel de gestor e organizador de recursos (Figueiredo & Martins, 2010)

A conferência Ministerial da Enfermagem da OMS – para a região europeia em 2000, aprovou a declaração de Munique que veio reforçar o contributo dos enfermeiros na

promoção, manutenção e restabelecimento da saúde das famílias e a importância dos enfermeiros no contexto do CSP. A declaração de Munique, consignou o papel único desempenhado pelos enfermeiros, no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde, reafirmando o seu papel preponderante face aos novos desafios de saúde pública, para assegurar cuidados de saúde de qualidade, preconizando a criação de oportunidades para estabelecer programas e serviços de enfermagem centrados na família.

Em Portugal, o enquadramento legislativo para os CSP, em que se pretende como um modelo de proximidade efetivado pelas USF, veio permitir condições para a implementação do EF.

Atividade do Enfermeiro de Família em Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O EF, fundamentado na declaração de Munique, em Portugal, surge como um prestador de cuidados no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença dirigida à família e aos seus membros. O EF presta cuidado ao longo do ciclo vital da família, na promoção da saúde, na prevenção da doença e na reabilitação, sendo um agente facilitador para que os indivíduos, famílias e comunidade desenvolvam competências para agir em situações de crise quer em situações de saúde (Figueiredo, 2012).

O Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades prestadoras de CSP, em particular nas USF e UCSP. Reconhecendo o EF “como o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei n.º 118/2014, p. 4070). Este reforça a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem; reconhece a contribuição dos profissionais de enfermagem na promoção da saúde individual, familiar e coletiva; e patenteia o papel dos enfermeiros integrado na equipa multidisciplinar em (USF e UCSP). O EF cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação e complementaridade com outros profissionais de saúde. Contribui para a ligação entre a família e outros profissionais e recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 118/2014).

No âmbito da sua atividade o EF presta cuidados de enfermagem, baseados na avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente às famílias que lhe são atribuídas, privilegiando as áreas da educação para a saúde, prevenção da doença, deteção precoce de doenças não transmissíveis, gestão da doença crónica e de visitação domiciliária. O EF considera a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma, face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, nomeadamente através do: i) desenvolvimento do processo de cuidados em colaboração com a família e estimulando a participação dos seus membros em todas as fases do processo; ii) focalização na família como um todo e nos seus membros individualmente e nas diferentes fases da vida da família; iii) avaliação e promoção das intervenções que se mostrem adequadas a promover e facilitar as mudanças no funcionamento familiar, de acordo com as decisões estabelecidas no âmbito da equipa multiprofissional (Decreto-Lei n.º 118/2014).

A prestação de cuidados à pessoa/família é feita, maioritariamente através da consulta de enfermagem, que se caracteriza por ser uma atividade autónoma assente em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar um plano de cuidados, bem como a avaliação dos cuidados prestados e a respetiva reformulação das intervenções de enfermagem (Melo, 2021). As consultas dos EF são também enquadradas na prescrição de procedimentos definidos nos diferentes programas nacionais de saúde definidos pela Direção Geral da Saúde (DGS) (Melo, 2021). Estes profissionais prestam cuidados globais centrando-se na relação interpessoal com a pessoa/família/comunidade, estabelecendo uma relação terapêutica caracterizada pela criação de uma parceria com o cliente, no respeito e potencialização das suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014). O atual enquadramento legislativo da USF (Decreto-Lei n.º 73/2017) prevê que os enfermeiros que integram as equipas devem ser detentores do título de EEESF, contudo a título transitório e enquanto não existem o número suficiente e de EEESF as equipas serão constituídas por enfermeiros com competências de cuidados gerais e outras especialidades em enfermagem.

Competências Especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente os cuidados de enfermagem, assumem uma importância, exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e especialização um meio de dar resposta a esse requisito (OE, 2019).

O Enfermeiro Especialista (EE) detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativamente a um campo de intervenção (Reg. n.º 140/2019). Estão vertidas no Reg n.º 140/2019 as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios de competência: i) responsabilidade profissional, ética e legal; ii) melhoria contínua da qualidade; iii) gestão dos cuidados; iv) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal o EE: Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. No que diz respeito ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade o EE: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro; No Domínio da gestão dos cuidados o EE: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O EE que demonstra um exercício seguro, profissional e ético, emprega habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A sua competência assenta num conjunto de conhecimentos ético deontológicos, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente. Colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional. Reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em

função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programa de melhoria contínua. O EE considera a gestão do ambiente centrada na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco. Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adequando os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens o EF demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. “Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (Reg. n.º 140/2019, p.4749). Os processos de tomada de decisão e as intervenções dos EF é alicerçada em conhecimento válido, atual e pertinente, e assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Reg. n.º 140/2019).

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), foi especificado a partir de quadros de referências de enfermagem de saúde familiar, congruentes com a prática avançada em enfermagem de família, que evidência o sistema familiar como cliente dos cuidados e a ênfase na abordagem colaborativa com a família (Figueiredo, 2009). Os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Familiar focam-se nas dinâmicas internas da família e as suas relações, estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (Figueiredo, 2009). O EEESF interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem. A formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção. Na implementação do plano de cuidados o EEESF negocia com os elementos da família e os recursos de apoio da comunidade, os melhores cuidados para garantir o equilíbrio dinâmico do sistema familiar e o seu funcionamento efetivo (Reg. n.º 367/2015).

São competências específicas do EEESF:

- i. Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.
- ii. Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar, para tal gerir, articular e mobilizar recursos necessários à prestação de cuidados à família (Reg. n.º. 428/2018).

Os padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, são norteadores da prática especializada, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEESF (Reg. n.º 367/2015). Os padrões de qualidade dos EEESF perseguem os mais elevados níveis de satisfação das famílias. Focam-se na promoção da saúde de forma ajudar a família a alcançar o máximo do potencial de saúde. Define que os EEESF prestam cuidados de enfermagem a todas as famílias pelas quais são responsáveis, considerando as transições normativas que decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital. Consideram os fatores de stresse familiares subjacentes às transições situacionais saúde/doença com ênfase nas forças e recursos da família e nas suas respostas a problemas reais e potenciais. Na tentativa: 1) A satisfação do cliente – na procura permanente da excelência no exercício profissional; 2) Promoção da Saúde – Ajuda as famílias a alcançar o máximo potencial de saúde; 3) A prevenção de complicações – Previne complicações para a saúde da família; 4) O bem-estar e o autocuidado – Maximiza o bem-estar da família e promove a capacitação da família para suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais um dos seus membros é dependente; 5) Readaptação funcional – Conjuntamente com a família desenvolve processo de adaptação eficaz aos problemas de saúde; 6) A organização dos cuidados de enfermagem – contribui para a máxima eficiência na organização dos cuidados de enfermagem. A prática do cuidado especializado em enfermagem de saúde familiar tem vindo a constituir-se numa dimensão significativa da prestação de cuidados em CSP. Isto, porque os EE promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o restante sistema de cuidados de saúde, na prevenção da doença e da incapacidade, mas também para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2008).

As competências especializadas em enfermagem são uma realidade internacional, e Portugal, têm seguido o alinhamento internacional, conferindo ao enfermeiro especialista um conjunto de competências comuns e específicas, científicas e técnicas, que o torna capaz de desempenhar atividades, dentro do seu âmbito de competências, mais complexas e que perpassam o domínio dos cuidados gerais. A importância dos cuidados de enfermagem

especializados fundamenta-se na necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde. Pela garantia na acessibilidade aos cuidados de saúde e dar respostas às necessidades de uma população envelhecida, em que a gestão da doença crónica se torna o foco da atenção dos cuidados (Lopes, Gomes & Alameda-Lobo, 2018). A evidência empírica corrobora o impacto positivo dos cuidados de enfermagem especializados verificado essencialmente em três eixos: 1) utentes e população; 2) profissionais e mercado de trabalho; 3) entidades prestadoras de cuidados de saúde (Lopes et al., 2018)

Ao nível dos utentes/populações são evidenciados pela melhoria de indicadores de saúde, bem-estar e qualidade de vida traduzidos: pela redução da mortalidade e morbilidade, diagnóstico e intervenção precoce, prestação de mais cuidado e mais oportunos, sensibilização e aconselhamento, maior conhecimento dos serviços e autonomia, maior conhecimento sobre as doenças e sintomas, satisfação do utente, confiança nos profissionais e maior capacidade física e mental (Lopes et al., 2018).

Ao nível dos profissionais e do mercado de trabalho, os resultados positivos são observados nomeadamente, ao nível do impacto profissional e da realização profissional. Estas duas dimensões são manifestadas por aumento de: conhecimentos, competências e compromisso, reconhecimento profissional, desenvolvimento dos serviços e contribuição para equipas mais competentes, formação contínua, realização profissional, satisfação no trabalho, perspetiva de carreira e retenção de profissionais (Lopes et al., 2018).

No que reporta às entidades prestadoras de cuidados de saúde, os resultados são verificados na dimensão do impacto social, na eficiência e continuidade. Na dimensão do impacto social relaciona-se com a correspondência entre os serviços prestados e os principais objetivos sociais, em particular na qualidade e no acesso, traduzidos por: menores complicações e problemas de saúde adquiridos nas instituições prestadoras de cuidados, redução de tempos de internamento e reinternamentos, acessibilidade, diminuição da taxa de erro, tempos de espera, recurso ao serviço de urgência. A eficiência e continuidade são dimensões relacionadas com a gestão dos recursos e com a continuidade na prestação de cuidados e de prestadores de serviços de saúde, os resultados são evidenciados pelos custos diretos e indiretos (Lopes et al., 2018).

No que se refere ao papel dos cuidados de enfermagem especializados no acompanhamento da pessoa com doença crónica a evidência é trazida, entre outros, por Tier e Hall (2015). Estes realizaram a análise da implementação de um programa de acompanhamento à pessoa

portadora de diabetes *mellitus* (DM). O programa de intervenção denominado *super six* consiste numa fase inicial na identificação de pessoas portadoras de DM, e em que medida a sua condição de saúde permite ser gerida em contexto dos CSP. O programa visa melhorar os níveis de controlo da doença, reduzir o número de referências hospitalares e o número de internamentos. Os resultados pós intervenção dos enfermeiros especialistas traduziu-se num maior controlo dos parâmetros biofisiológicos, nomeadamente na redução da HbA1c e na redução dos custos com a gestão da doença crónica em resultados da diminuição dos atendimentos hospitalares.

O estudo de Mousqués et al., (2010) teve como principal objetivo fornecer alguma evidência empírica sobre a eficácia e eficiência das equipas de saúde francesas e comparando as competências dos médicos de família e as competências dos enfermeiros especialista no que diz respeito à gestão de pessoas portadoras de DM. O estudo foi realizado em CSP e comparou a prestação de cuidados de um enfermeiro especialista e um médico de família no atendimento à pessoa com DC. Foram considerados para análise os seguintes indicadores: qualidade, custos, sensibilização e aconselhamento. Os principais resultados apontaram no sentido de que os utentes portadores da patologia crónica beneficiam da cooperação entre o enfermeiro especialista e o médico de família, na medida em que este tem maior probabilidade de manterem ou terem os parâmetros fisiológicos controlados. Os resultados também evidenciam que o utente detém maiores níveis de literacia em relação à sua doença.

O Health Quality Ontario [HQP] (2013) também procurou mostrar a eficácia dos EE no atendimento e na gestão da doença crónica em contexto dos CSP. Realizaram uma revisão sistemática da literatura em que incluíram apenas ensaios clínicos aleatorizados (ECA) e revisões sistemáticas da literatura. Para análise de resultados definiram dois modelos de análise: modelo 1 (enfermeiro sozinho *vs* médico sozinho) e modelo 2 enfermeiro e médico *vs* médico sozinho). A eficácia foi determinada pelos resultados comparáveis entre o modelo 1 e modelo 2. No modelo 1 não houve diferenças significativas no uso de recursos de saúde, medidas específicas da doença, qualidade de vida ou satisfação do utente. No modelo 2 houve uma redução nos internamentos e uma melhor capacidade do utente na gestão da HTA nos doentes com doença coronária. Nos utentes portadores de DM, verificaram uma redução na hemoglobina HbA1c, a satisfação com a equipa de saúde foi melhorada. Verificaram também um aumento da CT do enfermeiro, sendo mais solicitado, contudo a CT do médico não aumentou. O estudo permitiu inferir que os enfermeiros que detêm competências especializadas podem ajudar a melhorar a gestão da DC em CSP (HQP, 2013).

1.3. Doença Crónica: Da Carga Epidemiológica e Económica aos Programas e Modelos de Gestão

A OMS e o Ministério da Saúde (2020) têm vindo constantemente a indicar que nos próximos vinte anos, as necessidades em saúde da população mundial conhecerão variações de natureza não apenas demográfica, como também epidemiológica, em que as DC passarão a ser a maior causa de incapacidade da população.

Na literatura para a definição do conceito de DC são usados vários termos em simultâneo, nomeadamente enfermidades crónicas, quadros crónicos, doenças de longo prazo, doenças do estilo de vida e doenças não transmissíveis. Neste trabalho opta-se pela designação da OMS (2002) em que define DC como sendo uma doença de duração prolongada e de progressão lenta. Muitas destas doenças têm tratamento, mas quase sempre, não são passíveis de cura (WHO, 2014). As DC provocam, em regra, grande diminuição da qualidade de vida, avultados gastos em terapêutica prolongada, baixa de produtividade e perda de rendimento familiar (Okediji, et al., 2017; Pengdid & Peltzer, 2018; Jayathilaka, Joachim, Mallikarachchi, Perera, & Ranawaka, 2020).

Tem-se verificado um constante aumento das DC a nível mundial. Na Europa acontece por diversas razões, nomeadamente o envelhecimento da população e os fatores de risco associados ao estilo de vida. Em 2008, OMS criou um Plano de Ação Global para as Doenças Crónicas, denominado World Health Organization [WHO] 2008 – 2013 – *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*, que pretendeu dar um forte contributo para o incremento de iniciativas relacionadas com a prevenção das DC. Em 2014, ocorreu a primeira cimeira sobre DC, em que foi apelado a uma liderança política mais forte para abordar as DC. Foi solicitado um maior esforço para enfrentar os desafios sociais, incluindo o envelhecimento; o uso mais eficaz dos recursos existentes; maior envolvimento dos cidadãos, o envolvimento do setor da saúde e social na elaboração e aplicação de políticas entre outras.

Contribuem para o aumento das DC as mudanças que ocorrem nas sociedades, nomeadamente a rápida urbanização, globalização económica, orientações políticas, justiça social e o envelhecimento populacional (CIE, 2010). Conjuntamente às mudanças ocorridas está um aumento da prevalência dos principais fatores de risco modificáveis tais como: o consumo de tabaco, erros alimentares, sedentarismo, uso excessivo de álcool, entre outras. Estes são fatores potenciadores do risco traduzido pelo aumento da pressão arterial, aumento

da glicose, obesidade, ou outros indicadores que, por sua vez, levam ao aparecimento da doença cardiovascular e à DM (CIE, 2010). As doenças crônicas como a DM, doenças cardiovasculares entre outras, afetam 8 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos na Europa. Cerca de 80% dos orçamentos de saúde em toda a União Europeia (EU) são gastos no tratamento destas doenças (INE, 2010).

Apesar de existir evidência epidemiológica que mostra o impacto da DC na saúde das pessoas, não é tão clara a evidência quanto ao impacto económico da DC (CIE, 2010). Todavia, as DC têm custos diretos, provenientes dos cuidados de saúde associados à sua prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Porém, os custos atribuíveis à DC não se limitam aos custos diretos, existem ainda, custos indiretos significativos, resultantes de uma limitação da capacidade produtiva por incapacidades ou morte prematura. Por perda de salário dos familiares adultos, para poderem prestar cuidados aos familiares doentes; por oportunidades perdidas por parte dos jovens, que abandonam a escola para cuidar dos adultos e/ou se vem obrigados a procurar emprego para contribuir para a economia familiar (Suhrcke, Nugent, Stuckler & Rocco, 2006, Ventura, 2017). Existem ainda os custos intangíveis que se relacionam com a dimensão psicológica da doença, nomeadamente, a dor, o sofrimento, ansiedade e luto (Suhrcke et al., 2006; Ventura, 2017). Desde há muito que a investigação tem mostrado os custos diretos, indiretos e intangíveis associados às DC para os indivíduos, famílias e comunidades (Suhrcke et al., 2006, Ventura, 2017), no entanto, estes continuam a aumentar de forma exponencial tal como é mostrado pela (International Diabetes Federation [IDF], 2019).

A DM, a doença coronária e o enfarte agudo do miocárdio são considerados pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2022) como três das principais DC. A OMS considera a DM como a pandemia do século XXI, que segundo esta constitui um grave problema de saúde pública. A DM é uma síndrome do distúrbio do metabolismo energético, definido pelo nível de hiperglicemia, que resulta de uma deficiência absoluta ou relativa da ação da insulina. Estes são os conceitos da classificação atual da DM tipo 1 e DM tipo 2, DM gestacional e DM específicos devido a outras causas (American Diabetes Association, [ADA], 2018). As complicações agudas da DM, resultantes de níveis extremos de glicose no sangue são mais comuns na DM tipo 1, mas podem também ocorrer na DM tipo 2 ou DM gestacional. Esta circunstância pode levar a complicações neurológicas graves ou mesmo à morte prematura. Nas situações de diagnóstico tardio da DM tipo 1 o organismo desenvolve uma acumulação de cetonas ou uma cetoacidose diabética. A cetoacidose diabética é um

distúrbio metabólico complexo que requer cuidados de saúde imediatos, na medida em que pode trazer complicações neurocognitivas a médio prazo (Evans, 2019). A hipoglicemia é outras das complicações agudas da DM que ocorre com maior frequência na DM tipo 1, contudo também pode ocorrer na DM tipo 2. Com a DM existe o risco de desenvolver complicações de longo prazo nomeadamente a retinopatia diabética, a doença renal crónica, pé diabético e doença ocular. A doença ocular diabética é uma das complicações da DM que consiste, predominantemente, na retinopatia diabética, edema macular, catarata e glaucoma. A retinopatia diabética é reconhecida como uma das principais causas de cegueira na população com idade ativa, com desvantagens e consequências pessoais e socioeconómicas devastadoras, apesar de serem potencialmente evitáveis e tratáveis (Lee, Wong, & Sabanayam, 2015). Desta forma, o controlo da glicose sanguínea, a redução dos níveis da pressão arterial e programas de rastreio de retinopatia diabética podem reduzir o impacto da doença ocular diabética. A doença renal crónica em pessoas com DM pode resultar de nefropatia ou pode ser associada a outras condições como a HTA, entre outras causas (Shahbazian & Regaii, 2013). Cerca de 20 a 30% das pessoas com DM desenvolvem nefropatia do tipo 1 ou 2 (Shahbazian & Regaii, 2013).

O princípio do tratamento da nefropatia diabética é baseado no controlo rígido da glicose sanguínea da pressão arterial e da pressão glomerular, no controlo da dislipidemia, pela restrição da ingestão proteica, e na abstinência do consumo de tabaco (Shahbazian & Regaii, 2013).

O pé diabético e as complicações dos membros inferiores afetam entre 40 a 60 milhões de pessoas com DM no mundo (IDF, 2019) e representam uma fonte de morbilidade relacionada com a DM. As úlceras crónicas e as amputações representam uma redução significativa na qualidade de vida das pessoas com DM e aumentam o risco de morte prematura (IDF, 2019).

A neuropatia periférica é a forma mais comum de neuropatia relacionada com a DM. Afeta, sobretudo, os nervos distais dos membros, particularmente os dos pés, alterando a função sensorial e causa um adormecimento progressivo. Estas circunstâncias facilitam o desenvolvimento de úlceras provocadas por traumatismos e/ou da distribuição anormal da pressão óssea.

A neuropatia diabética é a forma mais comum de neuropatia nos países desenvolvidos e pode afetar cerca de 50% dos utentes com DM, contribuindo para uma morbilidade e mortalidade substancial e enormes custos económicos (Vinik, Casellini, & Nevoret, 2018). Verifica-se desta forma que o impacto da DM na saúde e na qualidade de vida das pessoas é enorme,

quer seja por situações agudas da doença, ou por complicações a longo prazo, e estas contribuem de forma significativa, como já referido, a nível pessoal, familiar e económico. O impacto da DM é caracterizado pela mortalidade prematura e menor qualidade de vida e pelo impacto económico sobre os países, sistemas de saúde e para os indivíduos e seus familiares (IDF, 2019). Refletido pelos custos diretos que são os gastos com a saúde devido à DM, independentemente de estes serem pagos pelos próprios utentes, entidades públicas ou privadas ou pelos governos (IDF, 2019).

A International Diabetes Federation tem vindo, desde 2006, advertir para os gastos com a saúde relacionados com a DM, no entanto, tem-se verificado um aumento significativo. Em 2007 foram despendidos 232 milhões de dólares (USD \$) em todo o mundo. Dez anos depois, em 2017, o valor atingiu os 727 mil milhões de \$. Em 2019, estava estimado um gasto total de 760 mil milhões de \$, o que representava um aumento de 4,5% em relação a 2017 (IDF, 2019). O aumento da despesa com a DM tenderá a aumentar, até porque, as previsões da IDF apontam para 825 mil milhões em 2030 e 845 mil milhões em 2045. Apesar destas estimativas serem consideráveis, a IDF observa que as projeções são conservadoras já que assume que a média da despesa e prevalência da DM permanecem constantes e levam apenas em consideração as mudanças demográficas. Os Estados Unidos da América (EUA) é o país que mais despesa tem com a DM, seguido da China e do Brasil. Na Europa, o país que mais gasta com a DM é a Alemanha com uma despesa total de 43,8 mil milhões de \$. No entanto, em termos individuais (por pessoa) é a Suíça que lidera a lista dos países com mais gastos no tratamento da doença (IDF, 2019). De acordo com a IDF (2019), os custos do tratamento por idade centram-se na faixa etária 60-69 anos, seguida dos 50-59 anos e a faixa dos 70-79 anos. Bommer et al., as cited in, IDF, (2019) estimaram que os custos indiretos com a DM constituem 34,7% para 2015, atingindo 1.31 trilhões de \$, sendo as fontes dos custos indiretos o abandono do trabalho, mortalidade, absentismo e presentismo.

Em 2019, a prevalência da DM na região europeia na população dos 20-79 anos foi de 8,9%, com previsão do aumento para 9,8% para 2030 e 10,3% em 2045. (IDF, 2019). Segundo a mesma fonte a região da Europa apresenta a 2ª menor prevalência de DM das regiões abrangidas pela IDF, todavia, existem países europeus onde a prevalência é elevada. Na Europa, 72,7% da população reside em cidades e a DM tem maior prevalência em pessoas residentes em áreas urbanas (9,3%) do que em zonas rurais (7,8%). Alemanha é aquela que tem maior prevalência da DM com 10,4% seguida por Portugal com 9,8%. As estimativas da IDF apontam para que 366 milhões de adultos com idades compreendidas entre 20-79 anos, ou seja, 5,5% da população europeia nesta faixa etária, apresentem tolerância diminuída à

glicose. No que diz respeito à mortalidade verificaram-se 465,900 vítimas da DM ou devido às complicações da doença, representando 8,5% de todas as causas de morte na Europa em 2019. A IDF (2020) refere que cerca de 31,4% dessas mortes tenha sido em pessoas com idades inferiores a 60 anos de idade, o que também pode estar relacionado com as taxas de sobrevivência melhoradas devido ao acesso aos cuidados de saúde de qualidade prestados a nível europeu. A despesa com a saúde na região europeia foi de 161,4 mil milhões de \$. Esta região é a terceira com maior índice de despesa com a DM em todas as regiões de influência e o custo com o tratamento da DM na região europeia varia entre 4,2 % na Irlanda a 23,8% na Turquia (IDF, 2019).

Em Portugal em 2014, a prevalência DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,1% (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2016). Em 2015, a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos foi de 13,3%, ou seja, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário era portador de DM (SPD, 2016). Em 2015, na Rede de Cuidados de Saúde Primários (RCSP) do SNS de Portugal continental encontravam-se inscritos 846 955 utentes com DM, (dos quais 55,4% em UCSP e 44,6% em USF, num universo de 12 470 910 utentes inscritos (SPD, 2016). Segundo a SPD em 2015, na RNCSP do SNS de Portugal continental, o número de utentes com DM que utilizou os serviços (com pelo menos uma consulta registada nos sistemas de informação) foi de 681 685 (dos quais 47,2% nas UCSP e 52,8% nas USF). Na mesma linha, em 2015, a taxa de cobertura da vigilância médica das pessoas com DM (com 2 ou mais consultas registadas) que utilizaram a RCSP do SNS de Portugal continental foi de 82,9%, abrangendo um universo de 565 097 utentes com DM.

Os níveis de glicose elevado e a DM, em si, leva a um aumento do risco de doença cérebro vascular (DCV) através de mecanismos como a resistência à insulina, disfunção endotelial, entre outros (Petric, Guzik & Touzy, 2018). Os riscos de glicose elevados estão associados a outros riscos metabólicos subjacentes às doenças cardiovasculares incluindo a HTA, dislipidemia entre outras. Os tipos mais comuns de doença cardiovascular (DCVs) associadas à DM são as doenças coronárias, as doenças cerebrovasculares, a doença arterial periférica e a insuficiência cardíaca e, estas, manifestam-se por eventos específicos e sérios como a hospitalização ou a morte por síndrome coronário agudo, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral isquémico ou hemorrágico, ou morte súbita. Doenças cardiovasculares (DCVs) é um termo genérico para um conjunto de doenças que afetam o

coração ou os vasos sanguíneos. A doença arterial coronária, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC), arritmia, insuficiência cardíaca, valvulopatia, cardiopatia congénita, miopatia cardíaca e doença arterial periférica são alguns dos tipos mais comuns de doença cardiovascular (Masaebi et al., 2021). As DCVs são a principal causa de morte a nível global, representando cerca de um terço de todas as mortes no mundo (Masaebi et al., 2021). As DCVs continuam a ser a principal causa de morte na EU, sendo responsáveis por cerca de 1,7 milhões de mortes em 2017 ou 37% de todas as mortes ocorridas na Europa. As doenças isquémicas do coração, incluindo o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC) são as causas mais comuns de mortalidade cardiovascular. As taxas de mortalidade por DCVs são cerca de 40% mais altas nos homens do que em mulheres (OECD, 2020).

A morbidade e mortalidade relacionada com as DCVs ou doenças do aparelho circulatório têm grandes custos económicos, humanos e sociais. O custo das DCVs na EU em 2015, foi estimado em 210 mil milhões de euros, dos quais pouco mais de metade se deveu a custos diretos com os cuidados de saúde, um quarto em perdas produtivas e um quinto em cuidados informais a pessoas vítimas de DVCs (Wilkins, et al., 2017). Contudo, segundo a OECD, estas estimativas não levaram em conta a morbidade relacionada com a doença. Apesar do investimento significativo na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, as DCVs ainda impõem uma enorme carga socioeconómica sobre os sistemas de saúde e a comunidade. Nas últimas três décadas, a prevalência global de DCVs teve um aumento 271 milhões para 523 milhões de 1990 para 2019 e a mortalidade por DCV aumentou de 12,1 milhões para 18,6 milhões no período homólogo. Embora as doenças não transmissíveis (DNT) sejam responsáveis por 60% dos anos de vida ajustados por incapacidade (*DALY*) em todo o mundo, cerca de um quarto dessa carga é atribuível às doenças cardiovasculares (Masaebi et al., 2021). Os hábitos diatéuticos são o maior fator de risco comportamental para o risco de mortalidade por DCVs e *dabys* por DCVs ao nível da população da Europa. A pressão arterial elevada é aquela que maior contribuição apresenta dentro dos fatores de risco médicos (Wilkins, et al., 2017).

As duas principais causas de morte por doenças circulatórias são doenças isquémicas do coração e doenças cerebrovasculares. Estas duas causas de morte, em exclusivo, correspondem a mais de metade de todas as mortes por doenças circulatórias, e a mais de um quinto de todas as mortes nos estados da UE em 2017 (OECD, 2020). As doenças isquémicas do coração (DIC) são causadas pela acumulação de depósitos de gordura que

revestem a parede interna de uma artéria coronária, restringindo o fluxo sanguíneo para o coração. Cerca de 550.000 mortes foram atribuídas a DIC em todos os países da EU em 2017, representando 12% de todas as mortes (OECD, 2020). As taxas de mortalidade por DIC são acima de 80% mais altas para os homens do que para as mulheres nos países da UE, devido a uma maior prevalência de fatores de risco entre os homens, como tabagismo, HTA e colesterolemia (OECD, 2020). Os acidentes vasculares cerebrais foram responsáveis por cerca de 375 mil mortes na UE em 2017, representando cerca de 8% de todas as mortes. Além de ser uma causa importante de mortalidade, a carga de invalidez decorrente do AVC é substancial.

Existem grandes desigualdades socioeconómicas na mortalidade por doenças circulatorias na maioria dos países europeus, e estas diferenças socioeconómicas refletem um dos principais fatores de risco. Muitas dessas mortes podem ser evitadas, mas as tendências de vários fatores de risco orientam-se na direção errada (OECD, 2020). Embora as taxas de tabagismo em geral tenham diminuído, o colesterol, a pressão arterial elevada, a baixa atividade física, a obesidade e a DM estão a aumentar em muitos países da UE (OECD / The King's Fund, 2020).

Em Portugal, as doenças cérebro-cardiovasculares foram responsáveis por 29,7% das mortes ocorridas em 2015. Apesar de continuarem a ser a principal causa de morte, situaram-se abaixo dos 30% (MS, 2018). A HTA continua a ser o mais importante fator de risco para as doenças cérebro-cardiovasculares em todo o mundo. A HTA é definida quando os valores da pressão arterial sistólica estão iguais ou superiores a 140 mmHg, ou quando os da pressão arterial diastólica estão iguais ou superiores a 90 mmHg e/ ou quando um utente já esteja em uso habitual de medicação anti-hipertensiva (Yang, Qian & Hu, 2016).

A taxa de prevalência da HTA em Portugal situava-se nos 26,9% em 2013, sendo mais elevada no sexo feminino (29,5%) do que no masculino (23,9%), revela o estudo *A Hipertensão Arterial em Portugal 2013*, realizado por Macedo e Cruz (2015) no âmbito do trabalho desenvolvido pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direção-Geral da Saúde.

A prevenção das doenças do sistema circulatório, em particular, as doenças cerebrovasculares, é uma prioridade do sistema de saúde português, e a sua prevenção e tratamento é considerada como um programa prioritário do Plano Nacional de Saúde (PNS). Apesar, de nas últimas décadas, se ter observado uma redução da taxa de mortalidade, as

doenças do sistema circulatório permanecem como a principal causa de morte em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

O estudo de Monteiro et al., (2018) mostrou que a prevalência da fibrilhação auricular (FA) é de 9% na população portuguesa com idade superior a 65 anos. A FA é uma importante causa de morbidade, principalmente pelo risco associado ao AVC. Despende 1 a 3% dos cuidados de saúde devido ao AVC, morte súbita, insuficiência cardíaca, hospitalizações não planeadas e outras complicações (Teles, 2021). É, também, considerada um fator de risco independente para a mortalidade de causa cardíaca (Bonhrost, 2018).

O tromboembolismo venoso (TEV) arterial ou cardíaco, constituem outro quadro clínico potencialmente fatal, sendo, portanto, crucial a sua prevenção e tratamento (Fernandes, Alves, Gavilares, Prada & Morinaga, 2016). O TEV possui espectro de apresentação que vai desde a trombose venosa profunda até ao tromboembolismo pulmonar agudo, de acordo com a gravidade crescente do acontecimento, sendo o seu tratamento baseado na hipocoagulação (HIPO). A noção de que a anticoagulação interfere diretamente na mortalidade associada ao TEV é conhecida há muito tempo (Fernandes, et al., 2016). Entre as doenças que requerem tratamento com anticoagulantes, a FA é das que tem maior expressão a nível mundial (Guedes & Rego, 2016). A terapêutica anticoagulante é uma medida eficaz na prevenção de eventos trombóticos (Guedes & Rego, 2016). Tendo em consideração que a maioria dos eventos cerebrovasculares está associada ao tromboembolismo venoso, arterial ou cardíaco, a utilização de medicamentos anticoagulantes assume uma particular importância na estratégia de prevenção (Fernandes et al., 2016). O tratamento dos períodos de longa duração e prolongado com varfarina já demonstrou ser eficaz para prevenir a recorrência de TEV. Contudo, e apesar de eficiente, o uso de varfarina requer uma série de precauções adicionais dada sua estreita eficácia terapêutica há a necessidade de monitorização constante da sua ação, através avaliação frequente do *International Normalized Ratio* [INR] (Fernandes et al., 2016). A terapia anticoagulante é complexa e está associada a benefícios substanciais como o risco reduzido de tromboembolismo e embolia pulmonar em situações de doença aguda e a diminuição de complicações de hemorragia com risco de vida (Nutescu, Burnett, Fanikos, Spinler, & Wittkowsky, 2016).

Por razões clínicas, económicas e desenvolvimentais, cada vez um maior número de pessoas vivem com DC, e isto, representa uma questão de saúde pública de importância crescente, o

que levou a DC a ser considerada como o foco principal dos cuidados de saúde (Grady & Gough, 2014). As DC, como a DM, doença cardíaca, entre outras, embora únicas nos seus atributos e exigências, partilham desafios comuns associados à sua prevenção e tratamento. Estes, inclui lidar com os sintomas e incapacidades, monitorizar indicadores biofísicos, gestão do regime medicamentoso complexo, manter níveis de nutrição adequados, dieta e exercício, ajustamento psicológico e social, incluindo ajuste difíceis no estilo de vida e o comprometimento na interação com os profissionais de saúde (Grady & Gough, 2014)

Como verificado o aumento das DC tem impacte na vida das populações e coloca exigências e desafios aos sistemas de saúde e aos seus profissionais (Nolte, Knai, & Saltaman, 2014). No entanto, há inúmeras oportunidades para reduzir o risco e consequentemente o impacte, através da implementação de estratégias que visam diminuição dos fatores de risco (IDF, 2019). Estas oportunidades podem ser atingidas implementando abordagens nos SS, através da prestação de cuidados baseados em equipas multiprofissionais, com modelos assistenciais centrados na pessoa/família, com ferramentas de apoio à decisão e educação da pessoa portadora de DC.

As DC tais como a DM e a doença cardiovascular entre outras, têm um denominador comum o facto de poderem ser, em grande parte, preveníveis através de adoção de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde e de ambientes saudáveis (CIE, 2010; WHO, 2016). As estratégias para a redução dos fatores de risco devem passar por promover uma abordagem colaborativa, tendo como alvo uma maior conscientização, proporcionar e incentivar escolhas saudáveis realistas e economicamente acessíveis (WHO, 2016).

Foi a elevada incidência da DC no mundo conduziu à procura de estratégias de prevenção e de gestão, no sentido de encontrar meios eficazes e baseadas na evidência para promover a saúde. Assim sendo, prevenir e gerir a DC tornou-se crucial (Barr et al., 2003). Segundo Kesteloot (1999) a gestão da DC caracteriza-se, fundamentalmente, pelos seguintes aspetos i) cuidados globais (cuidados multidisciplinares, prevenção e promoção da saúde); ii) cuidados integrados/continuidade de cuidados/coordenação dos diferentes componentes; iii) orientação de base populacional (definida por uma condição específica); instrumentos de gestão (educação para a saúde, empoderamento, autocuidado); orientação/protocolos/cuidados baseados na evidência; iv) tecnologias da informação/sistemas de informação; melhoria contínua da qualidade.

O Care Continuum Alliance [CCA], 2021) define gestão da DC como um sistema coordenado de intervenções e comunicações para as populações de indivíduos com uma ou mais DC, ou em risco de virem a contrair, e para os quais o esforço da autocuidado/autogestão é significativo.

De acordo com o despacho do Ministério da Saúde (Despacho n.º 4027-A/2016, pp. 9720-9722) as DC representam um desafio aos sistemas de saúde, particularmente nos seguintes aspetos:

- a) Estão associados ao envelhecimento das populações e às suas múltiplas circunstâncias;
- b) Requerem uma adequada integração de ações preventivas e de continuidade de cuidados;
- c) Estão orientados na obtenção de bons resultados na prevenção e gestão das DC, o que implica um elevado nível de literacia em saúde;
- d) Dependem de sistemas de informação centrados no cidadão, no seu percurso de vida, nos processos de cuidados de saúde que experimenta e na capacidade que cada um tem de realizar o seu potencial de bem-estar.

As doenças como a DM, HTA, Insuficiência Renal Crónica (IRC), Insuficiência Cardíaca (IC), Doenças Respiratórias (Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), entre outras, são aquelas que se mostram como prioritárias em termos de uma ação estratégica do ponto de vista da gestão da doença. Pois, são as que apresentam, de forma mais significativa, possibilidade de uniformização das práticas dos profissionais, capacidade de coordenação de cuidados, magnitude epidemiológica, elevado peso orçamental, severidade da incapacidade, possibilidade de autocontrolo e precocidade da incapacidade (Escoval, Coelho, Diniz, Rodrigues, Moreira & Espiga, 2010). É neste contexto que na definição de prioridades no campo da gestão da doença são consideradas três áreas chave: (i) modelos de base populacional; (ii) modalidades de pagamento e aplicação de incentivos aos profissionais e (iii) sistemas de informação. Ou seja, os programas de gestão da DC passam a ser parte de uma abordagem baseada na prestação de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, que assegure a participação dos utentes e a coordenação e/ou integração de cuidados entre diferentes níveis de prestação (Administração Central dos Serviços de Saúde [ACSS], 2022).

Os modelos de gestão da doença crónica surgem como um recurso disponível aos profissionais de saúde. Grover e Joshi (2014) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar os modelos usados na gestão da DC, nomeadamente a DM,

DPOC e DCV. Grover e Joshi (2014) identificaram a utilização mais frequente de cinco modelos: i) *Chronic Care Model* (CCM); ii) *Improving Chronic Illness Care* (ICIC); iii) *Innovative Care for Chronic Conditions* (ICCC); iv) *Stanford Model* (TM); v) *Community Based Transition Model* (CBTM). Segundo Grover e Joshi (2014) os diversos modelos têm diferentes elementos a serem considerados, sendo que alguns focam-se mais em aspetos da autogestão, outros numa abordagem mais centrada nos sistemas de saúde, no entanto, poucos focam a participação comunitária (Grover & Joshi, 2014). Os mesmos autores referem que o modelo mais utilizado e com mais resultado é o CCM. O mesmo foi identificado por Reynolds, et al., (2018), através da condução de uma revisão sistemática da literatura, constatando que os utentes demonstram benefícios na implementação de intervenções baseadas nos elementos do MCC.

1.4. Do Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa/Família ao Modelo de Cuidado Crónico

Os sistemas de saúde enfrentam enormes desafios e, alguns destes, são bem conhecidos, nomeadamente, o aumento do número de pessoas idosas e de pessoas a viver com DC. Estas circunstâncias fazem com que os orçamentos do SNS estejam sob pressão.

A The Health Foundation [THF], (2016) alerta para a importância da prestação de cuidados de elevada qualidade que proporcione às pessoas a melhor qualidade de vida. A centralização nas pessoas é um conceito-chave subjacente a sistemas de saúde mais fortes, e que precisa de ser levado em consideração em todos os sistemas e políticas de saúde (WHO, 2012).

Centralizar as pessoas na prestação de cuidados de saúde significa, por exemplo, garantir que os serviços prestados não sejam apenas com base na evidência científica, mas também, aceites pela população. Esta perspetiva de prestação de cuidados é particularmente importante na gestão de um conjunto de doenças crónicas (DM, HTA), em que, por exemplo, a adesão ao tratamento pode melhorar muito quando o cuidado é prestado centrado na pessoa (WHO, 2013). Neste prisma, tornou-se necessário repensar a relação entre as pessoas e os serviços prestadores de cuidados de saúde. Neste propósito, a THF (2016) destaca os cuidados centrados na pessoa (CCP) em que os profissionais de saúde trabalham em estreita colaboração com as pessoas que utilizam os serviços de saúde. Os CCP apoiam os indivíduos a desenvolver o conhecimento, habilidades/capacidades e a confiança que necessitam para gerir, de forma mais eficaz e informada, a sua própria saúde.

Os cuidados centrados na pessoa são cuidados coordenados e adaptados às necessidades individuais. Acima de tudo, e mais importante, garante que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito (THF, 2016). A adoção de um cuidado centrado na pessoa como sendo o domínio regular na prestação de cuidados, requer um conjunto de mudanças importantes na forma como os serviços são prestados e nas funções. Estas incluem os profissionais de saúde, e as pessoas que recebem cuidados de saúde, mas também as relações entre os profissionais de saúde nas equipas multidisciplinares (THF, 2016).

Os CCP exigem esforços para fazer a mudança, a prestação de cuidados centrados na pessoa e segundo a THF (2016) a mesma ainda é modesta, mas tende a crescer nos serviços de saúde com resultados positivos (THF, 2016). Por que o cuidado centrado na pessoa é ainda uma área emergente e, pela sua própria natureza, o cuidado é muito diferente dependendo da pessoa para pessoa e do que é importante para ela (THF, 2016).

Deste modo, e em vez de apresentar uma definição concisa, a THF (2016) propôs uma estrutura que compreende quatro princípios fundamentais do cuidado centrado na pessoa. Representado de forma esquemática na página abaixo.

Figura 1 - Princípios do cuidado centrado na pessoa



Fonte: traduzido e adaptado de Health Foundation, “Measuring what really matters”, disponível em: www.health.org.uk/publications/measuring-what-really-matters. por Proqualis | Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016.

Os CCP assumem-se como uma abordagem na prestação de cuidados em que a pessoa é vista como um todo integral (cuidado holístico). O processo de conhecimento integral da pessoa necessita da criação de uma relação terapêutica entre a pessoa, as pessoas próximas e os profissionais de saúde. Esta abordagem envolve a advocacia, empoderamento, respeito mútuo e a compreensão do direito da pessoa a ser livre e autodeterminada e que esta participa

ativamente nas decisões sobre a sua saúde (doença e bem-estar) (McCance, McCormarck, & Dewing., 2011; McCormarck, Dewing & McCance, 2011).

Os cuidados centrados na pessoa permitem:

1. Tratar as pessoas com compaixão, dignidade e respeito.
2. Oferecer a prestação de cuidados coordenado, apoio e suporte
3. Oferecer cuidados, apoio ou tratamento personalizado
4. Apoiar as pessoas a reconhecer e desenvolver as suas próprias aptidões e competências, que as leve a ter uma vida mais independente e gratificante.

A prestação de cuidados centrados na pessoa implica, por parte dos profissionais, uma conscientização dos princípios acima identificados, além da possibilidade de integrar os recursos da comunidade. Para operacionalização dos CCP (Barceló et al., 2012) torna-se necessário:

- a) Definir papéis e distribuir tarefas entre os membros da equipa multidisciplinar;
- b) Realizar ações planeadas baseadas na melhor evidência;
- c) Assegurar a continuidade de cuidados;
- d) Fornecer orientação compreensível e ajustada à cultura dos clientes dos cuidados;
- e) Usar tecnologias e sistemas de informação.

Na perspetiva do cuidado centrado na pessoa e na família (CCPF) a prestação de cuidados articula-se mediante um conjunto de práticas que colocam as pessoas e a sua família no centro dos cuidados e dos serviços de saúde. O CCPF respeita e empodera os indivíduos para serem verdadeiros colaboradores junto dos profissionais de saúde para cuidarem da sua própria família (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2015). Esta perspetiva de prestação de cuidados compreende os seguintes aspetos e atributos:

- Fomento das relações de confiança;
- Empoderamento das pessoas para se implicarem ativamente na tomada de decisões relativas aos seus próprios cuidados de saúde (independência, autonomia, direito à livre autodeterminação);
- Acesso coparticipado a opções de cuidados;
- Formação, informação baseada na evidência, objetiva, clara e global para ajudar a pessoa na tomada de decisão;

- Respeito pelas pessoas e personalização dos cuidados mediante o estímulo das suas forças, autoconhecimento, preferências, crenças, valores, cultura e experiências de saúde;
- Fornecimento de conforto físico dentro de um enquadramento propício à cura;
- Fornecimento de apoio emocional e presença compreensiva;
- Continuidade de cuidados nas transições assistenciais;
- Garantia do acesso a cuidados e serviços de saúde quando necessite;
- Colaboração com a pessoa e a sua família para a adaptação do sistema de saúde para que se melhorem os cuidados, a sua prestação e o desenvolvimento dos cuidados e serviços de saúde a todos os níveis (micro, meso e macro);
- Comunicação efetiva dentro de uma relação terapêutica para promover uma verdadeira colaboração nos cuidados de saúde;
- Prestação de cuidados de saúde aos indivíduos, às suas famílias e às comunidades mediante a gestão das determinantes da saúde (promoção da saúde e prevenção da doença). (RNAO, 2015, p. 77).

Os estudos de Gumpert e Dill (2013) e Hoff, Weller e Depuccio (2012) mostram que os cuidados centrados na pessoa e na família melhoram de forma significativa a adoção de comportamentos saudáveis, manutenção do estado funcional, o bem-estar psicossocial, a capacidade de autocuidado, a continuidade de cuidados e a segurança da pessoa e contribuem também para a diminuição da utilização dos serviços de saúde.

Na década de 70, George Engel, propôs o modelo biopsicossocial que pretendia promover a passagem do modelo biomédico na prestação dos cuidados de saúde para o modelo biopsicossocial. O modelo proposto por Engel (1977) apresentava uma perspetiva holística na prestação de cuidados de saúde, onde é explicada a necessidade e a importância da adoção do cuidado centrado na pessoa. Esta perspetiva causou impacto durante o século XX nos Estados Unidos da América e levou ao desenvolvimento do modelo de cuidados de doença crónica (CCM), na tentativa de colmatar as ineficiências no apoio às pessoas com DC na abordagem tradicional.

O modelo CCM foi desenvolvido por uma equipa de investigadores do MacColl Center for Health Care Innovation, em meados dos anos 90. Os elementos centrais deste modelo são:

i) organização do sistema de saúde; ii) o suporte à autogestão; iii) a estrutura do serviço de prestação de cuidados; iv) o suporte à decisão; v) os sistemas de informação clínica; vi) e os recursos e políticas da comunidade (Wagner, Austin & Von Korff, 1996).

Figura 2 - Modelo de cuidados na doença crónica



Fonte: traduzido e adaptado de http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

O CCM baseia-se na evidência científica, materializa de forma articulada e harmoniosa os elementos que precisam de ser incorporados pelos sistemas de saúde que pretendem fornecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes portadores DC, enfatizando a importância dos cuidados de base populacional para a melhoria dos cuidados e os cuidados centrados na pessoa. O CCM é composto por seis dimensões:

- 1) A instituição/organização de saúde - A instituição de saúde deve promover a prestação de cuidados de saúde planeados, contínuos, seguros e de alta qualidade. Ao mesmo tempo, a instituição deve promover as estratégias de melhoria contínua facilitando ao utilizador o uso dos vários níveis de prestação de cuidados necessários.
- 2) Recursos da comunidade – Procura mobilizar os recursos comunitários para apoiar a satisfação das necessidades dos utilizadores que participam em programas de

intervenção comunitária. As instituições de saúde podem/devem formar alianças com instituições da comunidade com vista a pugnar por melhores cuidados de saúde.

- 3) Apoio ao autocuidado/autogestão – capacita e prepara os utilizadores para desempenhar o papel principal, ativo e baseado em conhecimentos, no cuidado da sua própria saúde. Emprega estratégias de apoio ao utilizador para o autocuidado/autogestão, as quais incluem o planeamento de ações, resolução de problemas, acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas.
- 4) Desenho/estrutura do sistema de prestação de cuidados – Pretende assegurar a prestação de cuidados de saúde de forma efetiva e eficiente, que fomente o autocuidado/autogestão, define papéis e tarefas dos profissionais de saúde e facilita a interação entre os profissionais e utilizadores com uma abordagem culturalmente aceite.
- 5) Apoio à decisão/Apoio técnico assistencial – as diretrizes da prática clínica baseadas na melhor evidência devem ser incorporadas nas práticas quotidianas. Os profissionais de saúde devem partilhar informação com os utilizadores e incentivar à sua participação ativa.
- 6) Sistemas de informação – organizar dados clínicos dos utilizadores e da população de referência para prestar cuidados eficientes e efetivos, e coordenados.

Tal como referido o modelo baseia-se em seis elementos inter-relacionados e atividades associadas. No quadro 1 apresentam-se as atividades/contributos a serem desenvolvidos por enfermeiros no âmbito da GDC no modelo CCM.

Quadro 1 - Elementos e contributos do modelo de cuidados na doença crónica

Elemento	Atividade/contribuição
Relação de pessoa/prestador de cuidados/Apoio ao autocuidado/autogestão	<ul style="list-style-type: none"> -Envolver as pessoas portadoras de DC como parceiros ativos na gestão da (s) respetiva (s) doença (s); -Facultar informação, educação para a saúde (EPS) às pessoas, cuidadores, famílias e público em geral; -Facilitar o autocuidado e a autogestão pela pessoa portadora da doença; -Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com doença, cuidadores e famílias. Reconhecer que as pessoas doentes, cuidadores e famílias poderão ter conhecimentos precisos e fundamentais, acerca

	do percurso da doença e opções de tratamento. Reconhecer utilidade das informações que eles os utentes e os seus cuidadores/familiares detêm.
Estrutura do sistema de prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> -Liderar na prevenção, rastreio, avaliação, diagnóstico; -Passar de cuidados reativos a cuidados planeados, proativos e sustentado; -Utilizar uma abordagem em equipa e prática colaborativa; -Rastrear grupos de alto risco; - Coordenar os cuidados às pessoas com necessidades de saúde complexas; -Planear cuidados que as pessoas compreendam e se enquadrem na sua cultura.
Apoio à decisão/Apoio técnico assistencial	<ul style="list-style-type: none"> -Fazer uso sistemático de instrumentos de avaliação e diagnóstico; -Usar protocolos baseados na evidência e linhas de orientação para a prática clínica que norteie as intervenções e partilhá-los com as pessoas com doença; -Coordenar o encaminhamento para especialistas integrados na equipa.
Sistemas de informação	<ul style="list-style-type: none"> -Comunicar efetivamente e gerir apropriadamente a informação; -Usar as novas tecnologias; -Facultar linhas de orientações para a prática clínica e <i>feedback</i>, incluindo os registos das pessoas com doença; -Avaliar e monitorizar os cuidados prestados; -Colocar o foco na melhoria contínua da qualidade.
Recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> -Criar ligações fortes com entidades existentes na comunidade que intentem a integração social e um estilo de vida saudável para promover ou desenvolver programas; -Conhecer a cultura de determinadas comunidades específicas; -Incentivar as pessoas com DC a participar em programas efetivos; -Aumentar o papel de profissionais externos ao setor da saúde junto do público-alvo.
Organização dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Comprometer-se e apoiar o desenvolvimento estratégico da infraestrutura de cuidados planeados;

	<ul style="list-style-type: none"> -Adotar papéis de liderança apropriados nas organizações e entre organizações; -Desenvolver acordos para a coordenação de cuidados; -Usar e gerir os recursos de forma custo-efetiva; -Contribuir para a realização de políticas, planeamento e gestão de serviços; -Promover estratégias de melhoria contínua; -Assegurar que os incentivos se baseiem na qualidade de cuidados
--	---

Fonte: (CIE, 2010, pp. 36-37)

Desde a sua criação este modelo sofreu alguns ajustamentos e melhoramentos considerando a evolução da própria sociedade e da evidência científica produzida, nomeadamente, a nível dos avanços no diagnóstico e tratamento da DC e na evolução dos sistemas de saúde (Barr et al., 2003; Grover & Joshi, 2014; Allegrante, Wells, & Peterson, 2019).

O modelo CCM aponta para que o sistema de acompanhamento assegure uma distribuição eficiente dos recursos, sustente a eficácia do cuidado clínico e o suporte à gestão do regime terapêutico. Preconizando, assim, um modelo mais proactivo, focalizado nos processos de promoção da saúde, do que reativo aos processos de agudização da doença. A questão central deste modelo indica que a pessoa recebe o cuidado adequado à sua condição de saúde. O modelo prevê que, em situações de saúde mais complexas, as pessoas tenham ao seu dispor um gestor de caso (Wagner et al., 1996). O CCM realça fatores na organização dos serviços que vão desde a coordenação dos mesmos, à existência de uma prática baseada em evidência, assistência atempada e eficiente e, finalmente, o modelo de prática centrada na pessoa destaca o papel central da pessoa com DC, o seu *empowerment* e a sua capacitação para gerir a sua saúde e cuidados de saúde.

1.5. Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem

O conceito de qualidade surgiu no início do século XX associado à indústria. Posteriormente, migrou para as organizações de prestação de serviços (Carvalho & Paladini, 2012) e só mais tarde foi trazido para a área da saúde. Na área da saúde o conceito de qualidade não é universalmente aceite, contudo, existe um “entendimento comumente partilhado de conceitos básicos e dimensões da definição” (WHO, 2020, p. 13). Todavia, no seio da comunidade mundial da saúde, tem sido consensualmente aceite a definição do Instituto de Medicina (IM) dos Estados Unidos da América. Este define qualidade como “a medida em

que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais” (Institute of Medicine, 2001 as cited in WHO, 2020, p. 13). O IM definiu seis dimensões gerais da qualidade, referindo que os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos.

Neste seguimento a WHO (2006) refere que a qualidade em saúde reflete o elevado nível de excelência dos cuidados prestados associados a um risco mínimo, resultando numa maior saúde dos utentes e na utilização eficiente dos recursos existentes. Quando são referidos cuidados de saúde de qualidade, pressupõem-se os melhores serviços em tempo útil e a custos adequados para todos, de forma a serem efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e acessíveis. A WHO (2006, pp. 8-9) à semelhança da IM realça a importância dos sistemas de saúde focarem os processos de qualidade em seis áreas ou dimensões: 1) Efetividade – prestar cuidados de saúde que sejam baseados na evidência e que resultem em melhores cuidados para o indivíduo e comunidade; 2) Eficiência - prestar cuidados de saúde de forma a maximizar o uso de recursos e evitar desperdícios; 3) Acessibilidade - prestar cuidados de saúde adequados, geograficamente próximos e prestados num ambiente em que as habilidades/competências e os recursos são apropriados às necessidades das pessoas; 4) Aceitabilidade / centrado no cliente - prestar cuidados de saúde que levem em consideração as preferências e aspirações dos utilizadores enquanto seres individuais, com uma cultura própria e inseridos na sua comunidade; 5) Equitativos - prestarem cuidados de saúde que não diferenciem, em qualidade, devido a características pessoais como género, raça, etnia, localização geográfica ou classe socioeconómica; 6) Segurança - oferecer cuidados de saúde que minimizam os riscos e danos aos utilizadores dos serviços.

A WHO (2020) considera que independentemente da forma como os cuidados de saúde de qualidade são definidos, existe cada vez mais o reconhecimento que os serviços de qualidade devem ter os componentes vertidos no quadro 2.

Quadro 2 - Componentes e definições de cuidados de saúde de qualidade

Eficazes	Prestados baseados na evidência aquém deles necessita
Seguros	Evitar prejudicar quem deles necessita,
Centrados nas pessoas	Que respondam às preferências, necessidades e valores individuais

Oportunos	Com tempos de espera reduzidos, sem demoras prejudiciais a quem os recebe ou os preste
Equitativos	Que não variem em qualidade em virtude da idade, sexo, género, raça, localização geográfica, religião, estatuto socioeconómico, questões linguísticas ou filiação política
Integrados	Coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores que disponibilizam uma sucessão de cuidados ao longo da vida do indivíduo
Eficientes	Maximizando o benefício dos recursos disponíveis e evitando o desperdício

Fonte: WHO, 2020

Para que seja possível prestar cuidados de qualidade há que implementar uma cultura de segurança nas instituições de saúde e em todo sistema de saúde. À semelhança do conceito de qualidade não existe uma definição única para aquilo que é a cultura de qualidade, mas segundo (Donalson & Donalson (2000) as cited in WHO, 2020, p. 14) é “uma organização que cria um ambiente de trabalho aberto e participativo, onde as ideias e as boas práticas são partilhadas, o ensino e a investigação são valorizados e a culpabilização apenas excepcionalmente é usada”.

Assim, uma cultura de qualidade define-se pelas principais características tais como:

- Liderança para a qualidade a todos os níveis
- Abertura e transparência
- Ênfase no trabalho em equipa
- Responsabilização a todos níveis
- Ensino integrado no sistema
- Circuitos e *feedback* ativos para as melhorias
- Profissionais adequados, envolvimento dos utentes e das comunidades
- Capacitação dos indivíduos, embora reconhecendo a complexidade dos sistemas
- Alinhamento dos valores profissionais e organizacionais
- Promoção do orgulho em prestar compassivos
- Coerência dos esforços, desenvolvidos para a qualidade, com a organização e o planeamento dos serviços (WHO, 2020, p. 14)

Os sistemas de prestação de cuidados de saúde existem para servir as populações, por isso, é fundamental que as pessoas sejam colocadas no centro dos esforços para institucionalizar uma cultura da qualidade. Neste sentido a OMS exorta os países a desenvolver esforços para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e institucionalizar uma cultura de qualidade em todo o seu sistema de saúde. Os esforços podem ser intensificados através da formulação de políticas e estratégias nacionais para a qualidade dos cuidados.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), desenvolve, desde 2009, a Estratégia Nacional de Qualidade em Saúde (ENQS). A ENQS tem como destinatários os profissionais, independentemente do seu nível de responsabilidade, até ao nível dos profissionais da operacionalização, funcionando como um instrumento inclusivo dos intervenientes na cadeia de prestadores de saúde. O compromisso com a segurança do utente tem crescido em todo o mundo desde a década de 1990, e esse enfoque foi motivado fundamentalmente por dois relatórios decisivos: *To Err is Human*, realizado em 1999 e *An Organization with a Memory*, publicado em 2000.

A promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua (Despacho n.º 9390/2021). O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD - 2021-2026) tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde em todo o sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo os contextos próprios dos sistemas de saúde, nomeadamente o contexto domiciliário e a telessaúde. Sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (Despacho n.º 9390/2021).

O PNSD 2021-2026 é suportado em cinco pilares que sustentam catorze objetivos estratégicos. Os pilares estabelecem um referencial em matéria de segurança: cultura e segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021). Esta diretiva funciona como um instrumento de apoio a gestores e clínicos na aplicação de boas práticas de segurança, inserido no quadro de uma política pública, para evitar a ocorrência de incidentes associados à prestação de cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde.

A OMS alerta que a ocorrência de eventos adversos relacionados com a prestação de cuidados de saúde inseguros é, provavelmente, uma das 10 causas de morte ou invalidez no mundo: O dano pode ser causado por uma série de eventos adversos, sendo que cerca de 50% deles podem ser evitados. Os incidentes de segurança são um grave problema de saúde pública, considerando que: 134 milhões de incidentes de segurança ocorrem anualmente no mundo durante a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar. Quatro em cada dez utentes atendidos em CPS estão sujeitos à ocorrência de um incidente, destes cerca de 80% podem ser evitados. Com vista à consciencialização da importância dos CSP mais seguros a OMS lançou um conjunto de informações que visam a tomada de conhecimento sobre as causas e consequências dos CSP inseguros colocando o enfoque: Utentes e o seu envolvimento; na força de trabalho, em particular, na formação e treino dos profissionais e nos fatores humanos; nos processos de atendimento através de: erros administrativos; erro de diagnóstico; erro de medicação; multimorbilidade e nas transições de cuidados; e nas ferramentas e tecnologias, nomeadamente nas ferramentas eletrónicas.

À semelhança de outras áreas do cuidado, a segurança dos cuidados em CSP tem sido pouco estudada, tornando o conhecimento científico sobre a segurança do doente em CSP muito limitado (Mendes & Barroso, 2014; Sheikh, Panesar, Lorizgoitia, Bates & Donaldson, 2013). A falta de investimento nos CSP, tem sido associada à perceção de menor risco relativamente aos cuidados hospitalares. Assim, e embora seja razoável concluir, que procedimentos complexos como uma cirurgia no doente idoso com comorbidades apresenta, muito provavelmente, um risco mais elevado da ocorrência de eventos adversos, do que realizar uma consulta de vigilância de saúde sexual e reprodutiva no âmbito dos CSP. Todavia, verifica-se uma falha em avaliar o impacto dos eventos adversos em CSP. Além disso, é provável que a maioria dos erros nos CSP advém de erros de julgamento e diagnóstico (Ornelas, 2018). Mendes e Barroso (2014) identificaram que as principais implicações da falha de segurança são: a perda de confiança do utente nas organizações de saúde e nos seus profissionais; o aumento dos custos sociais e económicos, e a redução da possibilidade de alcançar os resultados (*outcomes*) esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados. Destacam, igualmente, os principais custos económicos, sociais e pessoais no aumento de dias de internamento, a redução da produtividade, o sofrimento e desgaste emocional por parte do utente e família, como foi demonstrado pelos estudos realizados nos Estados Unidos da América e em Inglaterra.

A qualidade dos cuidados de saúde inclui como um dos seus focos principais, a segurança dos utentes e essa é uma das grandes preocupações atuais dos diversos sistemas de saúde, tal como tem sido referido pela OMS. A qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem foram instituídas por Florence Nightingale, em 1855, quando cuidou e tratou das tropas britânicas vítimas da guerra da Crimeia. Esta conseguiu uma redução significativa na mortalidade, através da implementação de práticas organizacionais e de higiene (Mitchell, 2008; Lopes & Santos, 2010). A segurança do utente na prestação de cuidados é uma responsabilidade coletiva, que mobiliza as competências individuais dos profissionais, permitindo uma gestão sistematizada e responsabilizada das atividades desenvolvidas. A segurança é definida como o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo do cuidar, independentemente do contexto (Cavalcante, Rocha, Nogueira, Avelino & Rocha, 2015).

A OMS definiu segurança do utente como a ausência de danos evitáveis e a prevenção de danos desnecessários causada pelos profissionais de saúde (WHO 2019). A segurança do utente face aos cuidados de enfermagem é afetada por fatores organizacionais relacionadas com a prestação de cuidados e decorrentes do processo de cuidados de enfermagem (Liu, Zheng, Liu, Baggs, Liu, & You (2018); Vaismoradi, Tella, Logan, Khakurel & Vizcaya-Moreno (2020).

Procurou-se identificar que fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros aos princípios da segurança do utente. Vaismoradi et al., (2020) identificaram como fatores pessoais: a motivação pessoal; resistência à mudança; sentimentos de autonomia; a atitude em relação à inovação e empoderamento. Os fatores organizacionais são: o clima organizacional de segurança do utente; a carga de trabalho; a pressão de tempo; o incentivo dos colegas e líderes; o nível de desempenho da unidade; o nível de formação e treino dos profissionais; os procedimentos e protocolos institucionais e também a comunicação entre a equipa de profissionais e os utentes. No que se reporta aos fatores organizacionais um ambiente de trabalho adequado foi caracterizado como aquele em que os enfermeiros são menos interrompidos e as cargas de trabalho menores, e essas condições favorecem a adesão por parte dos enfermeiros pelos princípios da segurança dos utentes (Vaismoradi et al., 2020). Existe também uma associação entre a segurança do utente e o ambiente de trabalho e a implementação de princípios de segurança para prevenir erros e eventos adversos (Vaismoradi et al., 2020). O estudo de Liu et al., (2018) vem mostrar que a carga de trabalho e o *burnout* são mediadores negativos do cuidado seguro.

O International Council of Nurses, reitera que há evidência de que os níveis de profissionais de enfermagem estão correlacionados com o aumento de eventos adversos, nomeadamente, quedas, úlceras por pressão, erros de medicação, infeções hospitalares, aumenta da taxa de mortalidade. A escassez de profissionais de enfermagem e o baixo desempenho relacionado com o nível de motivação ou competências foram também identificadas como importantes determinantes da segurança do utente (ICN, 2019).

O estudo de Umpiérrez, Fort e Tomás (2015) procurou junto dos profissionais de enfermagem identificar focos potenciadores de eventos adversos que poem em causa a segurança dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros participantes no estudo identificaram as baixas dotações de profissionais, a elevada carga de trabalho, falhas no trabalho em equipa e a comunicação com os pares como focos potenciadores de cuidados inseguros. O estudo de Rosas, Gehlen, Ilha, Pereira, Cassola & Backes (2015) também procurou conhecer a perceção dos enfermeiros face à segurança do doente. Recorrem a um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa. Identificaram áreas que se relacionam com a organização dos cuidados de enfermagem, nomeadamente sobrelotação dos serviços, stress profissional e a elevada carga de trabalho como fatores precipitantes do erro.

Os cuidados seguros devem ser vistos como um direito humano básico (WHO, 2021). Face à complexidade dos cuidados às pessoas que deles necessitam o foco deverá ser na potencialização e na coprodução com os utilizadores de cuidados. Alcançar cuidados seguros requer que os utentes sejam informados, envolvidos tratados como parceiros plenos no seu próprio cuidado (WHO, 2021). Os utentes, as famílias e comunidades tem contribuições essenciais a fazer na segurança dos cuidados. Contudo, é fundamental dispor de recursos adequados para que os enfermeiros possam orientar a sua prática de forma a prestar cuidados de qualidade, que garantam a segurança e a satisfação dos clientes (Freitas & Parreira, 2013).

A dotação adequada de recursos de enfermagem refere-se à correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros ou equivalentes em tempo integral) e em qualidade (experiência/ formação dos enfermeiros) face às necessidades dos clientes, sendo uma das condições favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Cavalcante et al., 2015).

1.5.1. Dotação Segura em Cuidados de Enfermagem: Do Conceito aos Métodos de Mensuração

Uma dotação segura de enfermeiros é fundamental para a segurança dos utentes (INC, 2019). A Federação Americana de Professores (as cited in CIE, 2006, p. 5) definiu dotações seguras como estar “disponível em todas as alturas numa quantidade adequada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de competência, para assegurar que se vai ao encontro das necessidades de cuidados dos doentes e que são mantidas as condições de trabalho isentas de riscos”. A Associação de Enfermagem do Estado da Carolina do Norte (as cited in CIE, 2006, p. 6) considerou que “as dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização”. Defende ainda que a prática de dotações seguras incorpora a complexidade e intensidade das atividades de enfermagem, os níveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros, o apoio da gestão ao nível operacional e executivo, o ambiente contextual e tecnológico das instalações de saúde entre outros.

O International Council of Nurses considera que dotação segura “significa que está sempre disponível um número adequado de enfermeiros em todo o processo de cuidar, numa combinação adequada de formação, experiência e competências profissionais diferenciadas, para que possam garantir a satisfação das necessidades dos utentes, num ambiente da prática onde estão garantidas as condições de trabalho que permitem à equipa prestar cuidados de qualidade.” (ICN, 2009, p. 1). Simultaneamente, para o ICN (2018; 2009; 2006) e para a Ordem dos Enfermeiros (2018; 2014) a noção de dotação segura vai além do número de profissionais necessários para assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. Inclui outras variáveis tais como a carga de trabalho, o ambiente de prática, a complexidade dos clientes, o nível de qualificação dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, a eficiência e eficácia em termos de custos ligados aos resultados com os clientes e com a enfermagem (CIE, 2006, 2018; OE, 2018).

A determinação dos níveis adequados de enfermeiros e a medição da carga de trabalho têm sido estudadas desde o início do século XX, contudo, não tem sido encontrada evidência robusta sobre a eficácia dos diferentes métodos de cálculo e a confiabilidade dos métodos (Griffiths et al., 2020). Esta falta de evidência sobre a eficácia dos diferentes métodos é também referida por Freitas e Parreira (2013) quando referem que não existe evidência de um método universal para a determinação da dotação de enfermeiros, pois o conceito integra

dimensões distintas em função do contexto da prestação. Segundo Freitas e Parreira, (2013) foi a necessidade de adequar os recursos de enfermagem tendo em conta a segurança, o nível de necessidade de cuidados de enfermagem dos clientes, a qualidade dos cuidados, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e o nível de qualificação/experiência dos enfermeiros, que fez emergir o conceito de dotação segura em enfermagem.

As abordagens mais frequentemente utilizadas para planear as dotações seguras relacionam-se com o volume de cuidados de enfermagem a serem prestados, habitualmente baseados na dimensão da população a abranger, nas características dos utentes e na tipologia de cuidados que prestam. No sentido de fornecer uma visão geral das principais abordagens para determinar os requisitos para a dotação de enfermeiros Griffiths et al., (2020) realizaram uma revisão sistemática da literatura em que procuraram identificar a evidência mais recentes a fim de abordar questões não respondidas até então, incluindo a precisão e eficácia dos métodos e ferramentas. Destacam que para o contexto do CSP os métodos para a determinação da dotação de enfermeiros são classificados, essencialmente, em quatro categorias: juízo profissional ou consenso de gestores; análise da procura ou método baseado nas atividades; baseados nas necessidades de saúde das populações e nível de dependência/acuidade da população que utiliza os cuidados de saúde (Bonfim, 2014 Reid, Kane & Curran, 2008; Hurts, 2006).

O método de juízo profissional ou consenso de gestores foi descrito, pela primeira vez, por Telford (Griffiths et al., 2020; Hurst, 2010; Reid et al., 2008; Hurts, 2006; Hurts, 2003) e permite calcular o número de enfermeiros necessários por turno, baseado na opinião de especialistas. O método permite identificar para cada turno, o número de horas de trabalho necessárias por semana (n.º de horas em cada turno multiplicado pelo n.º de enfermeiros em cada turno, multiplicado pelo n.º dias da semana) sendo expresso em equivalentes de tempo integral (ETI). Ao valor total obtido deve-se acrescentar (multiplicando) a tolerância relativa às folgas e férias. Posteriormente, esse valor deve ser dividido pelo n.º de horas de trabalho semanais contratualizadas. Este método é considerado o mais simples e indicado para uma abordagem rápida e simples. No entanto, apresenta como desvantagem não se adaptar às oscilações de CT ou à distribuição equitativa da mesma (Griffiths et al., 2020). O método do juízo profissional ou consenso de gestores em CSP é idêntico ao do cálculo das necessidades para os doentes internados e também apresentam muitas limitações. Isto, porque, a decisão da composição da equipa, é baseada apenas na perceção dos gestores e, por isso, não satisfaz, muitas vezes, as necessidades dos clientes devido à base subjetiva da

decisão (Hurst, 2006). Os críticos deste método afirmam que o cálculo do número de enfermeiros necessários através deste método é inflexível e insensível às variações da quantidade de utilizadores dos cuidados de saúde, conduzindo por vezes à determinação do número de enfermeiros inferior ou superior aos que realmente são necessários (Bonfim, 2014; Hurst, 2010; Hurst, 2006;). O método de análise da procura ou método baseado nas atividades é um método interativo, que utiliza vários procedimentos que permitem identificar a CT dos enfermeiros de CSP. Tendo como referência as atividades realizadas, e a partir daí desenvolver modelos baseados nessas atividades e comparar as equipas com esses modelos (Reid et al., 2008). Este processo desenvolve-se em três fases: na primeira fase, analisa-se a forma como os enfermeiros de CSP gastam o seu tempo, considerando os registos existentes, nomeadamente o tempo despendido na prestação de cuidados diretos e indiretos; e o tempo necessário para as deslocações, entre outros. A segunda fase compreende a projeção das atividades que são realizadas baseadas na procura de cuidados, utilizando as médias dos dados estatísticos produzidos. Estes dados são, à *posteriori*, comparados com as diretrizes das práticas baseadas na evidência, nas políticas e na opinião dos especialistas (Reid et al., 2008). A terceira etapa do processo consiste no *benchmark*, isto é, a comparação do dimensionamento da equipa de trabalho com unidades de referência em relação ao modelo proposto (Reid et al., 2008; Bonfim, 2014). Este método apresenta, tal como os anteriores várias limitações, em particular, a necessidade prévia da existência de métodos robustos de colheita de dados, caso contrário poderá aumentar, consideravelmente, a CT dos enfermeiros (Bonfim, 2014). O método baseado nas necessidades de saúde das populações, enfatiza a centralidade das determinantes sociais, económicas e ambientais para o planeamento da equipa de enfermagem. Este método utiliza dados empíricos referentes às determinantes da saúde para estimar o tamanho e as competências necessárias da equipa de enfermagem. Este método considera variáveis demográficas, dados acerca da morbilidade e mortalidade, e dados socioeconómicos das populações para o cálculo do número de profissionais.

O método baseado no nível de dependência/acuidade da população utilizadora destaca que a intervenção dos enfermeiros de CSP pode, em si, não ser uma medida precisa da medição da CT e considera que o nível de dependência do utilizador e a qualidade do atendimento devem ser ponderadas neste processo (Reid et al., 2008). Este método de cálculo exige o recurso de um *software* que permita a sua aplicabilidade prática. A vantagem deste método é que usa a relação enfermeiro-utente para gerar o tempo requerido, permitindo racionalizar e priorizar a carga de trabalho (Reid et al., 2008). Os métodos variam em função das

especificidades que são consideradas, que vão desde rácios básicos que relacionam as dotações ao número de camas ou à população total, até sistemas que requerem dados pormenorizados sobre a natureza e o volume de cuidados necessários e a forma como a atividade de enfermagem é distribuída pelos diferentes elementos da equipa.

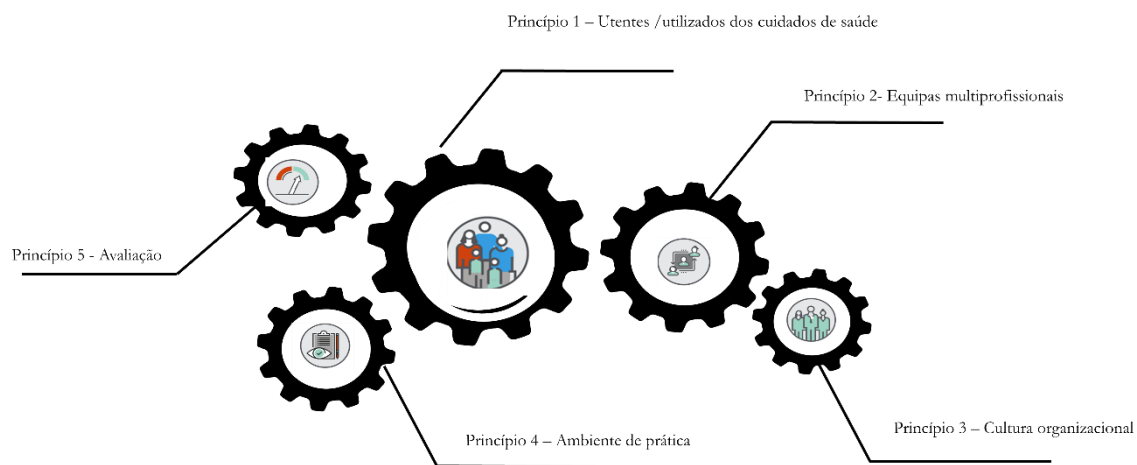
Segundo o ICN (2014, p. 21) para que o planeamento das dotações e a reavaliação da CT seja bem-sucedida é necessário que abordagem adotada preveja um conjunto de princípios chave que necessitam de:

- i. Ter um compromisso ao nível de gestão de topo (enfermeiro diretor/enfermeiro gestor) como requisito;
- ii. Envolver ativamente os profissionais e ser transparente em todo o processo;
- iii. Utilizar abordagens estabelecidas e aplicá-las consistentemente;
- iv. Triangular (e.g. o sistema de classificação de doentes para avaliar a carga de trabalho; juízo profissional e *o benchmarking*);
- v. Ser avaliados com regularidade (com dados referentes aos utilizadores e a dotação de profissionais);
- vi. Envolver ativamente com outros setores, nomeadamente o da educação e social
- vii. Agir sobre os resultados.

A American Nurses Association [ANA] (2019) defende que as equipas de enfermagem são um ativo indiscutível para os SS. Argumenta que uma equipa de enfermagem com o número de profissionais adequados contribuirá para a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. Define os componentes para a constituição das equipas de enfermagem assentes em cinco princípios fundamentais: Princípio 1 – Utilizadores dos Cuidados de Saúde – A decisão sobre a constituição da equipa deverá ser baseada no número utentes e nas suas características, famílias, comunidade ou populações abrangidas; Princípio 2 – Equipas multiprofissionais – O nível de cuidado ótimo será atingido através de ações individuais e em colaboração de outros elementos da equipa prestadora de cuidados; Princípio 3 – Cultura organizacional - Os líderes das organizações deveram criar um ambiente de trabalho que valorize os enfermeiros como elementos essenciais nas equipas prestadoras de cuidados; Princípio 4 – Ambiente de prática - Todos os sistemas de prestação de cuidados de enfermagem devem fornecer os recursos necessários para responder às necessidades individuais de cada utente e às necessidades da unidade de saúde; Princípio 5 – Avaliação – As organizações devem ter níveis adequados de profissionais de enfermagem. Todos os

serviços necessitam de diretrizes bem definidas ao nível dos recursos humanos com resultados mensuráveis sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Figura 3 - Princípios da construção de equipas de enfermagem segundo a American Nurses Association



Fonte: traduzido e adaptado de: Principles for Nurse Staffing <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-staffing/staffing-principles/>.

A importância da determinação da dotação adequada de enfermeiros é fulcral para que se possam assegurar os cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade. Nesta perspetiva os clientes dos cuidados de saúde têm o direito a serem atendidos de forma apropriada por pessoal qualificado, experiente e em ambientes seguros (Royal College of Nursing [RCN], 2010). Em Portugal esses direitos estão consignados na Constituição da República, nos estatutos do Serviço Nacional de Saúde, na Lei de Bases da Saúde, entre outros. Fundamentado na Base 1, da Lei de Bases da Saúde relativa ao direito à proteção da saúde, em que a segurança do doente constitui uma das dimensões ou componentes fundamentais. Na Base 2, determina entre outros, que as pessoas têm o direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança. Também, conforme estabelecido na Base 20 os profissionais do SNS devem pautar a sua atuação por vários princípios, sendo um deles o da qualidade, com base na evidência e prestados de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa (Lei n.º 95/2019; Decreto-Lei n.º 11/93). Em Portugal a Ordem dos Enfermeiros tem como principal desígnio “a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão (n.º 1 do artigo 3º da Lei n.º 156/2015, p. 8059). Assume a si a competência de “contribuir para a existência de um modelo de prestação de cuidados que reflita a capacidade

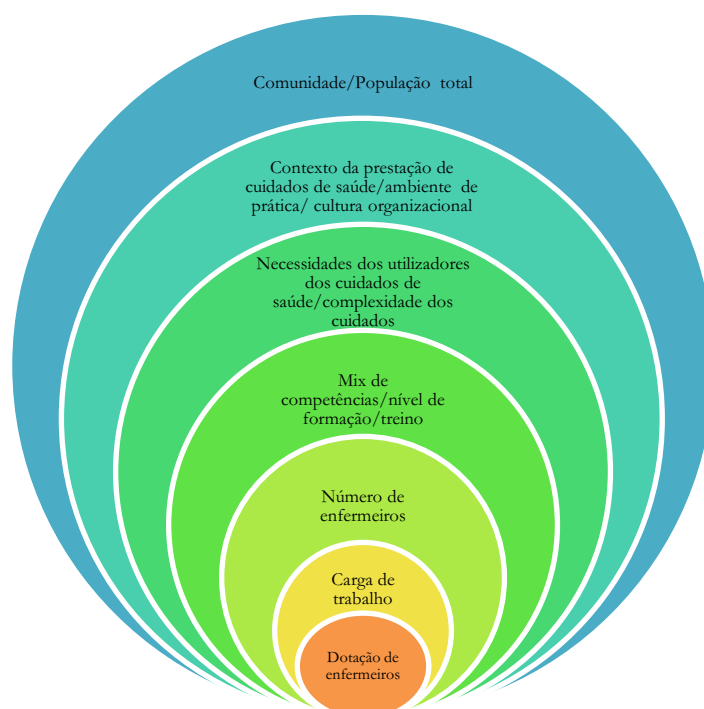
de adequação dos recursos humanos face às características demográficas da população, aos perfis de saúde e de doença, às tecnologias de saúde e à maior diversidade de métodos e metodologias de gestão, garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, através do reforço dos cuidados de enfermagem, de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais” (OE, 2019, p.128). Nos termos do n.º 2 do art.º 3º a OE tem competência para aprovar normas técnicas e deontológicas, bem como zelar pelo seu cumprimento. É neste enquadramento que surge a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, vertida inicialmente no Regulamento n.º 533/2014, posteriormente revogado pelo Regulamento n.º 743/2019. A referida norma técnica orienta para a definição dos requisitos fundamentais à prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente e mais bem capacitado para responder às necessidades das populações. A norma proposta prevê a realidade das diferentes áreas de prestação de cuidados de enfermagem, quer sejam cuidados de enfermagem especializados ou cuidados gerais, bem como, quaisquer contextos da sua prestação.

No que se reporta aos CSP, a norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem salvaguarda a configuração das unidades funcionais em conformidade com a legislação em vigor. A dotação de enfermeiros em USF, UCSP e UCC é definida tendo como referência os seguintes parâmetros: a área geográfica de intervenção de cada unidade funcional que integra o ACeS ou a Unidade Local de Saúde (ULS); a geodemografia da comunidade abrangida (dimensão, concentração e dispersão populacional); e o diagnóstico de saúde da comunidade (OE, 2019, p. 132). Assim, OE propõe o número de horas de cuidados de enfermagem adequados por atividade/área de intervenção. Está definido para a consulta de enfermagem em contexto de unidade funcional USF e/ou UCSP o tempo de 30 minutos e, em contexto de domicílio, 60 minutos, na qual se exclui o tempo necessário para a deslocação em caso do contexto domiciliário, no entanto o tempo atribuído não considera o nível de diferenciação do profissional. Prevê ainda tempos médios de 60 minutos as sessões de educação para a saúde a grupos, sempre com exclusão dos tempos de deslocação caso sejam necessários. Os enfermeiros que integram as USF têm necessariamente de deter o título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, nos termos do Decreto-Lei n.º 73/ 2017. Para efeitos de cálculo da dotação de enfermeiros adequada em cada USF, aplica-se o seguinte rácio: 1 enfermeiro por 1,550 clientes, ou 1917 unidades ponderadas; ou 1 enfermeiro por 350 famílias (OE, 2019). Aplica-

se o mesmo rácio para efeitos de cálculo da dotação de pessoal de enfermagem que integram a UCSP.

A dotação segura de enfermeiros é um fator determinante da qualidade dos cuidados e impacta nos prestadores de cuidados e nas organizações (Freitas & Parreira, 2013). Tem sido reconhecido o inegável contributo que este conceito tem para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Aiken et al., 2003; 2008, 2012; 2014) em que se evidencia a relação entre as dotações de enfermagem e os resultados em saúde. Pode-se assumir que o conceito de dotação segura é, portanto, um conceito multidimensional em que um conjunto de variáveis concorrem para a definição deste conceito.

Figura 4 - Variáveis influenciadoras da dotação de enfermeiros



Fonte: produção própria

Na literatura emergem um conjunto de estudos que pretendem relacionar o conceito de dotação segura com a segurança e a qualidade de cuidados: carga de trabalho, ambiente de prática, segurança dos clientes e do profissional, formação e desenvolvimento, resultados em saúde, *mix* de competências, complexidade dos cuidados e a organização dos cuidados de enfermagem (ANA, 2019; CNA, 2015, ICN, 2013).

O estudo de Kane et al., (2007) verificou a existência de uma forte relação entre o número de enfermeiros e os índices de mortalidade, apurou ainda que, quanto mais qualificados são

os enfermeiros menor é o índice de mortalidade nos hospitais. O ambiente de prática experienciada pelos enfermeiros tem merecido atenção pelos investigadores (Hinno, 2012; Schalk et al., 2010; Aiken et al., 2008; Lake, 2007) O ambiente de prática profissional pode ser descrito como o sistema que apoia o enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem, o ambiente em que os cuidados são prestados e as características de uma organização que facilita ou restringe a prática profissional do enfermeiro (Aiken & Patrician, 2000). Um ambiente de trabalho seguro para os enfermeiros é caracterizado por boas relações profissionais, um estilo de gestão apoiativo, um horário de trabalho equilibrado, uma concordância entre o ambiente de trabalho e o *mix* de competências dos enfermeiros, a autonomia profissional, oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional, entre outros (Copanitsanou et al., 2017; Hinno, 2012 Schalk et al., 2010; Aiken et al., 2008; Lake, 2007). O estudo desenvolvido por Aiken et al., (2012), que envolveu doze países europeus e os Estados Unidos da América, concluiu que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A segurança em saúde vai além do que manter os clientes seguros, embora isso, por si só, seja suficiente (ANA, 2019). A dimensão da segurança e dos resultados em saúde têm sido bem estudados como comprovam um conjunto de estudos (Choi et al., 2013; He et al., 2012; Kalisch et al., 2012), assim como dimensão da segurança do cliente e a qualidade dos cuidados, nomeadamente através dos estudos RN4CAST; Aiken et al., (2014); Needleman et al., (2016).

Mello (2011) com base nas fundamentações de diversos investigadores, propôs para entendimento de competências profissionais a “combinação dos conhecimentos, das experiências e comportamentos exercidos num determinado contexto, tendo por base as atitudes e características individuais de cada profissional” (Mello, p. 39). A competência profissional para o exercício de enfermeiro é dada pela formação do 1º ciclo de estudos que atribui o título de enfermeiro. O *mix* de competências e habilidade é o conjunto de formação que é adquirida pelo indivíduo quer em contexto académico quer em contexto de trabalho. Aiken et al., (2014) evidenciaram uma relação positiva entre a formação especializada dos enfermeiros e a redução da probabilidade de morte antecipada dos doentes internados nos serviços hospitalares.

O estudo de Kutney-Lee et al., (2009) aponta para uma maior satisfação dos clientes e dos profissionais quando um conjunto de requisitos estão presentes, nomeadamente, um bom

ambiente de prática, o *mix* de competências e o número necessário de enfermeiros na prestação de cuidados. Proporcionando um ambiente de prática salutar e um nível de formação adequado de enfermeiros nos mais diversos serviços de saúde, poderá facilitar aos clientes perceberem a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

1.5.2. Carga de Trabalho dos Enfermeiros: Do Conceito às Implicações nos Resultados dos Cuidados

O conceito de carga de trabalho é definido em diferentes perspetivas. Parsons et al., (2012) definem como uma construção abstrata que quantifica a resposta individual às exigências de uma tarefa ou a um conjunto de tarefas. Balch et al., (2010) optam pela abordagem CT na correspondência à quantidade de atividades em relação ao tempo disponível, definiram a carga de trabalho como horas trabalhadas. Por sua vez, Stoll et al., (2007) consideram que a carga de trabalho está relacionada com os resultados dos esforços fisiológicos. Outros ainda relevam a intensidade laboral gerada no trabalhador, apresentando os efeitos causados pelas exigências do trabalho sobre o trabalhador (Pereira, 2018). Desta forma, a CT está associada ao impacto dos elementos constituintes do processo de trabalho sobre a saúde física e mental dos trabalhadores em relação aos objeto, tecnologia, organização e distribuição (Pereira, 2018).

A carga de trabalho dos enfermeiros (CTE) tem sido alvo de grande interesse de investigação (Walker & Hendry, 2009). Em grande medida motivada pela necessidade dos administradores e financiadores dos SS entenderem e gerirem os custos dos serviços de enfermagem (Milton, 2011). A CTE à semelhança de outros conceitos, tem sido alvo de diversas definições e pouco consensuais (MacPhee, Dahintene & Havaei, 2017; Morris, MacNeela, Scott, Treacy & Hyde, 2017). A CTE tem sido definida, genericamente, como “a quantidade de desempenho necessário para realizar (...) atividades de enfermagem no período de tempo especificado” (Morris et al., 2007, p. 464). No entanto, esta definição não reconhece diferenças nos requisitos de complexidade, conhecimento ou habilidade para a diversidade das atividades de enfermagem, nem as circunstâncias e necessidades muito diferentes dos utentes, que influenciam a CT dos enfermeiros.

Noutra perspetiva, a CTE pode ser compreendida como todas as atividades realizadas num determinado período pela equipa de enfermagem no processo de cuidar e o tempo despendido para executar essas ações (Campos, Oliveira & Perroca, 2018). Alghamdi (2016)

procurou desenvolver uma compreensão abrangente do conceito de CT da profissão de enfermagem, de forma a obter uma definição clara e objetiva deste conceito. Propôs o conceito de CT como “a quantidade de tempo e de cuidados que um enfermeiro pode dedicar (direta ou indiretamente) aos doentes, ao desenvolvimento profissional, num determinado contexto “(Alghamdi, 2016, p. 455). Nesta visão, a totalidade do tempo de que os enfermeiros necessitam para realizar atividades de enfermagem ou de não enfermagem tem de ser considerado na mensuração da CT.

Além do conceito de carga de trabalho, importa conhecer que variáveis são consideradas como influenciadoras da mesma. Walker e Hendry (2009) identificaram as seguintes variáveis:

- Necessidades dos utentes – a complexidade e circunstância;
- Complexidade ambiental – ambiente físico e recursos disponíveis, serviços de apoio, e o financiamento dos cuidados;
- Complexidade clínica – diagnóstico médico, tomada de decisão, e opções de tratamento;
- Qualidade – formação, treino e satisfação; processos de resultados
- Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem – resultados do utente que é diretamente influenciado pelo trabalho do enfermeiro;
- Intensidade dos cuidados de enfermagem – a necessidade de cuidados de enfermagem para cada utente;
- Competências dos enfermeiros – as qualificações dos enfermeiros e as disponibilizadas
- Sistemas de trabalho – número de profissionais disponíveis, condições de trabalho (físicas), políticas de recrutamento, políticas de retenção (Walker & Hendry, 2009, p. 12).

Com a identificação destas variáveis claramente se percebe a complexidade associada à medição da carga de trabalho dos enfermeiros, nomeadamente no âmbito da abrangência da sua atuação. A finalidade maior da medição da CT de uma determinada atividade é, na sua essência, determinar o padrão que garanta a qualidade e segurança do serviço prestado. Mensurar a CTE é, portanto, um aspeto de grande importância para as organizações, até porque para uma dotação segura de enfermeiros é necessário que se tenha uma avaliação da

CTE, e isto pode influenciar de forma positiva os resultados das intervenções dos enfermeiros junto dos doentes (Giammona et al., 2016; Duffield et al., 2011).

A medição da carga de trabalho tende a ser mais consistente em contexto de prestação de cuidados de saúde hospitalares (Fagerstrom, Kinnunen & Saarela, 2018; Macedo et al., 2016; Reich et al., 2015; Siqueira et al., 2015; Nogueira et al., 2015; Nunes & Toma, 2013; Queijo et al., 2013; Santos et al., 2013; Nogueira et al., 2013; Leite et al., 2012; Filho et al., 2011). Presumivelmente justificado pelo facto dos cuidados de enfermagem de maior complexidade serem, maioritariamente, prestados a este nível de cuidados, e representarem um elevado impacte económico no orçamento dos sistemas de saúde. Neste contexto de prestação de cuidados os instrumentos mais utilizados para a mensuração da carga de trabalho são: *Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28)*; *Nursing Activities Score (NAS)*; *Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score*; *Belgian Nursing Minimum Data-Set (B.NMDS-2)*; *Safer Nursing Care Tool (SNCT)* entre outros.

O *therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28)* inicialmente era constituído por 57 atos terapêuticos, pontuados de 1 a 4 de acordo com a carga de trabalho envolvida na prestação de cuidados de saúde. O TISS-28 foi desenvolvido por Miranda et al. a partir da TISS usando para o efeito técnicas estatísticas complexas e uma base de dados de 10000 registos do TISS. O TISS-28 surge, na opinião dos autores, da necessidade de tornar o TISS um instrumento mais ágil e que permita avaliar os custos associados à carga de trabalho, incluindo componentes relacionados com a gravidade dos doentes e até mesmo algum prognóstico de mortalidade. O TISS-28 é composto por sete grandes categorias: atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte renal, suporte neurológico, suporte metabólico e intervenções específicas. Cada uma dessas categorias é constituída por itens específicos com pontuação que varia de um (1) a oito (8). Dependendo do *score* obtido, os doentes são agrupados em quatro grupos em função da necessidade de vigilância. Sendo que quanto maior for o *score* maior o nível de intervenção e consequentemente a necessidade de cuidados de enfermagem.

A NAS divide-se em 7 categorias e apresenta um total de 23 itens. As categorias que a compõem são: atividades básicas; suporte ventilatório; suporte cardiovascular; suporte renal; suporte neurológico; suporte metabólico; intervenções específicas. Cada item de uma categoria descreve uma situação, ou um conjunto de situações aplicáveis pelo enfermeiro ao doente e a cada um dos itens é atribuída uma pontuação (*score*). Cada item possui uma

pontuação e o *score* do doente é a soma da pontuação de todos os itens, de acordo com as suas necessidades de cuidados diretos ou indiretos, uma vez por dia considerando as atividades realizadas nas 24h ou aplicado por turno de trabalho que podem ser de 6/8/12h (Conishi & Gaidzinski, 2007). A pontuação total obtida com a pontuação individual representa a percentagem do tempo gasto por enfermeiro, por turno, na prestação de cuidados diretos ou indiretos ao doente que varia de zero a 176,8%.

Encontrou-se na literatura ainda a *Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score* (NEMS) como instrumento para capturar a carga de trabalho. A *Nine Equivalents of Nursing* foi descrita em 1997, por Miranda e colaboradores tendo por base o desenvolvimento do TISS-28. Utiliza apenas nove (9) itens e é de rápida execução permitindo a comparação da carga de trabalho entre unidades de cuidados intensivos (UCI), como instrumento de gestão e para a predição da carga de trabalho dos enfermeiros. À semelhança de outros instrumentos é aplicado uma vez ao dia e reflete a carga de trabalho das 24h.

Outro instrumento utilizado é o *Belgian Nursing Minimum Data-Set* (B.NMDS-2), este instrumento foi introduzido nos hospitais Belgas em 2007. É composto por 78 itens estruturados em seis (6) grupos: 1) cuidados relacionados com as funções fisiológicas básicas; 2) funções fisiológicas complexas; 3) comportamento; 4) segurança; 5) família e 6) gestão da saúde. O instrumento foi desenvolvido para categorizar as atividades de enfermagem baseado nas *Nursing Intervention Classification* (NIC). Tendencialmente o instrumento é aplicado 4 vezes no ano em unidades hospitalares e os dados são colhidos durante 15 dias consecutivos (Mynny et al., 2014).

O sistema RAFELA e o *Safer Nursing Care Tool* (SNCT) são também instrumentos de mensuração da carga de trabalho. Estes instrumentos tendem a avaliar apenas algumas das dimensões influenciadoras da carga de trabalho. O método RAFAELA é um sistema de classificação da intensidade dos cuidados de enfermagem desenvolvido nos anos 90. É composto por 3 partes:

- 1) um instrumento que permite a classificar o doente denominado *Oulu Patient Classification* (OPC);

- 2) um conjunto de dados sobre os recursos de enfermagem, com os quais se pode calcular a intensidade diária dos cuidados de enfermagem., expressa em pontos por enfermeiro. A intensidade dos cuidados de enfermagem existente pode ser comparada com o ideal através do uso de um terceiro instrumento;

3) Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level (PAONCIL).

Com o sistema RAFAELA, é possível mensurar a carga de trabalho em relação ao ideal, tendo em consideração indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (Rauhala & Fagerstrom, 2004). De acordo com OPC, os cuidados de enfermagem e as necessidades de cuidados a ele vinculadas consistem em: planeamento e coordenação dos cuidados; respiração, circulação sanguínea e sintomas da doença; nutrição e medicação; higiene pessoal e secreções; atividade, sono e repouso; ensino, apoio emocional, orientação no cuidado e acompanhamento. Na segunda fase é calculada a intensidade dos cuidados seguindo as instruções previamente definidas. A intensidade dos cuidados pode variar para cada área de A a D com a um *score* atribuído. Os pontos são somados e inseridos em 4 categorias de intensidade de enfermagem, isto é, categoria I, II, III e IV. O total da soma dos pontos de intensidade de cuidados de enfermagem vai definir a intensidades de cuidados da enfermaria. A terceira fase consiste na aplicação do questionário PAONCIL. A avaliação profissional da intensidade do cuidado de enfermagem procede-se seguinte forma: após cada turno de trabalho cada enfermeiro regista no formulário uma estimativa numérica do tempo que necessitou para satisfazer as necessidades de cuidados dos doentes que cuidou durante o turno. O objetivo do PAONCIL é identificar o nível de intensidade dos cuidados de enfermagem por enfermaria e o OPC o nível de intensidade de cuidados por enfermeiro.

O principal objetivo do sistema RAFAELA é garantir a alocação dos recursos da equipa de enfermagem e, portanto, a carga de trabalho ideal. A carga de trabalho acima do nível ideal medido pelo sistema usando OPC foi associado a resultados adversos no doente, incluindo o aumento da mortalidade (Fagerstrom et al., 2018; Junttila et al., 2016). Por outro lado, a carga de trabalho de enfermagem abaixo do nível ideal (mais profissionais) foi associada a melhorias nos resultados (Fagerstrom et al., 2018; Junttila et al., 2016).

The Shelford Group desenvolveu um conjunto de ferramentas que permitem calcular os requisitos para a composição da equipa de enfermagem com base nas necessidades dos doentes (acuidade e dependência) que, juntamente com o julgamento clínico, orientam os enfermeiros-chefes na definição de dotação segura de pessoal. Entre elas estão: a *Safer Nursing Care Tool* (SNCT) e a *Mental Health Optimal Staffing Tool* (MHOST). A SNCT é uma ferramenta endossada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE) que permite a avaliação da acuidade e dependência de doentes adultos internados em enfermarias.

A SNCT é também utilizada em outros contextos de prestação de cuidados de saúde, sendo, para isso, adaptadas a esses contextos, por exemplo *Children na Young People's Safer Care Tool*

(C &YP SNCT), em unidades de agudos adultos (SNCT AAU), em departamentos de emergência (ED-SNCT). MHOST é um sistema multidisciplinar fácil de usar baseado na evidência que permite: i) avaliar a dependência e acuidade do doente; ii) converter os dados do nível de dependência num índice de carga de trabalho, em ambientes de saúde mental. A ferramenta é baseada em cinco níveis de dependência e acuidade nas áreas de especialidade de internamento em saúde mental.

Em contexto dos CSP ainda existe muito a ser feito para desenvolver instrumentos eficazes na recolha de dados que permita a determinação das equipas ideais. No âmbito dos CSP, segundo Milton (2011), o contexto domiciliário tem merecido interesse pelos investigadores, nomeadamente, no Canadá. A implementação de programas e serviços de prestação de cuidados domiciliários surgiram justificados pela diminuição do tempo de internamento hospitalar; pelo envelhecimento da população, conjugado com o atendimento das suas preferências; pela expansão da tecnologia médica de utilização de contexto domiciliário e o aumento da complexidade do atendimento em contexto domiciliário, entre outros.

Outros estudos pretendem mostrar o interesse do contexto comunitário, como por exemplo os estudos de Dickson, Cramer e Peckham (2010) em que procuraram investigar sobre potenciais métodos de mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros através do *Workload Measurement and Reporting System* (WMRS). Dada a natureza do estudo, os resultados limitaram-se em verificar o potencial da aplicabilidade do WMRS como instrumento de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros em contexto de ambulatório, não tendo produzido dados que impactem com a carga de trabalho. Outro exemplo da preocupação com os CSP foi desenvolvido na Inglaterra, com a implementação do projeto CASSANDRA. O Projeto CASSANDRA é constituído por uma ferramenta que permite a identificação das intervenções dos enfermeiros em contexto CSP e a mensuração da carga de trabalho a ela associada. CASSANDRA Matrix® é uma ferramenta que inicialmente foi projetada em papel e mais tarde transportada para uma plataforma *on line*. O projeto CASSANDRA permite reconhecer a complexidade multidimensional dos cuidados de enfermagem em contexto comunitário para o desenvolvimento da força de trabalho (Jackson, Wright, Leadbetter, Manley & Martin, 2015). CASSANDRA Matrix® foi concebida para mensurar os que os enfermeiros fazem (intervenções), onde as realizam (contexto), para quem trabalham (utente/cuidador) e o que os enfermeiros não fazem (falta de tempo). Esta ferramenta foi construída tendo por base 50 milhões de horas de trabalho e do registo de 65.000 intervenções de enfermagem (Jackson, et al., 2015). As intervenções de enfermagem foram

agrupadas em 6 áreas de intervenção: i) Gestão de casos; ii) Gestão clínica; iii) Gestão não clínica; iv) Físico; v) Psicológico; vi) Social. Para cada área de intervenção emergem intervenções de enfermagem específicas. Os resultados do estudo piloto realizado por Jackson et al., (2015) permitiram mostrar a viabilidade da ferramenta. Verificaram que 43% das atividades realizadas pelos enfermeiros dos CSP centra-se na avaliação física, a avaliação psicológica e a gestão de casos são realizadas em 19% respetivamente. Permiteu também identificar 76% dos cuidados são prestados em contexto domiciliário. As intervenções específicas realizadas pelos enfermeiros são diversas sendo que 16% refere-se a registo de dados (documentação de cuidados); promoção do autocuidado, tratamento de feridas, entre outras.

Grafen e Mackenzie (2015) estudaram a prestação de cuidados de enfermagem numa comunidade escocesa e usaram para medir a carga de trabalho dos enfermeiros um instrumento designado por *Scottish Community Nursing Workload Measurement Tool* (SCNWMT). O SCNWMT é composto por seis dimensões as quais permitem avaliar a carga de trabalho através de: 1) contato presencial- atendimento direto ao doente; 2) contato não presencial- atendimento indireto; 3) carga de trabalho associada – assistência não relacionada com o doente; 4) visita domiciliária e sessões planeadas; 5) deslocação; 6) documentação. O instrumento fornece um julgamento profissional e abrange todo o tempo dos enfermeiros, incluindo o tempo de deslocação, espera, tempo de estacionamento e eventos extraordinários, como clima adverso, e até mesmo avaria do carro. Os dados obtidos por esta ferramenta permitiram identificar o tempo que os enfermeiros gastam para realizarem as suas atividades. Os autores verificaram que, aproximadamente, 50% do tempo é gasto em atividades de prestação de cuidados diretos, indiretos e em sessões planeadas de educação para saúde, 39% em atividades não relacionadas com o doente, 11% em deslocações ao domicílio e 1% na documentação. Segundo os autores o SCNWMT permitiu ainda identificar o tipo e o nível de complexidade das atividades realizadas.

No Brasil o estudo conduzido por Bonfim et al., (2015) teve como objetivo propor e validar um instrumento que contemplasse a relação das intervenções/atividades realizadas pela equipa de saúde da família. A particularidade deste estudo refere-se ao facto de ser aplicado à equipa multiprofissional e não exclusivamente à equipa de enfermagem. Para o efeito, os autores construíram um instrumento próprio com base nas NIC, o qual possibilitou o reconhecimento das práticas dos enfermeiros no seio da equipa multiprofissional, bem como subsidiou o cálculo da carga de trabalho dos profissionais.

Diante da variedade de instrumentos disponíveis para medir a carga de trabalho, é possível concluir que existem ferramentas com as quais os profissionais de saúde podem captar as necessidades de cuidados, mapear as intervenções, identificar a gravidade dos utentes, classificá-los em níveis de gravidade que permite a determinação dos cuidados a prestar, prever recursos no sentido da resposta à necessidade dos utentes. Contudo, nenhum dos instrumentos se mostrou capaz de traduzir as intervenções e a carga de trabalho dos enfermeiros em contexto dos CSP na gestão da doença crónica.

Conhecer as cargas de trabalhos dos enfermeiros é, portanto, uma tarefa urgente, dadas as suas implicações com os resultados. Os dados resultantes da avaliação da CTE vêm fornecer dados que permitem:

- Justificar a necessidade de recursos humanos e financeiros;
- Explicar a utilização desses recursos;
- Apoiar a análise de tendências;
- Apoiar as decisões dos gestores em relação à CTE na elaboração das escalas (horários de trabalho), orçamento, entre outros (ICN, 2014).

Em consonância com o descrito na literatura pode afirmar-se que a avaliação da CTE subsidia o dimensionamento das equipas para a prestação de cuidados, de forma a ir ao encontro das necessidades das populações.

CAPÍTULO 2 – DA PROBLEMÁTICA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo procura-se apresentar as razões que levaram à escolha do tema de investigação, apresentam-se os objetivos e as questões de investigação.

2.1. Justificação do Estudo

Os Cuidados de Saúde Primários são o pilar central do Serviço Nacional de Saúde. Situam-se na proximidade das populações e têm um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença, na primeira linha de cuidados na doença aguda, e um especial relevo na gestão contínua da doença crónica (MS, 2018). O contexto de CSP, tem sido pouco estudado (Canadian Nurses Association [CNA], 2015), torna-se, portanto, desafiador investigar nesta área face à escassez de investigação e a possibilidade de contribuir com conhecimento novo. Investigar neste contexto de prestação de cuidados de saúde, torna-se particularmente motivador considerando a natureza, dos cuidados prestados, os ambientes organizacionais, o contexto social e político em que se inserem. Onde acontecimentos societários tais como o fenómeno do envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e os hábitos associados aos novos estilos de vida, trazem novos desafios aos serviços de saúde (SdS), em particular aos CSP (MS, 2018, Lopes et al., 2018). Perante estes fenómenos, os governos veem-se obrigados a definir políticas de saúde que vão de encontro à necessidade de assegurar cuidados de qualidade a custo-efetivos, e que privilegiam a abordagem integrada das doenças e em particular as doenças crónicas. No modelo de governação a 2020, o Plano Nacional de Saúde (PNS) no desenvolvimento dos Programas de Saúde Prioritários definiram a plataforma para a prevenção e gestão das doenças crónicas que integra as áreas prioritárias referentes à prevenção e controlo da DM, doenças cérebro-cardiovasculares, entre outros. Estas doenças são consideradas passíveis de serem abordadas no âmbito da gestão integrada da doença crónica, por serem complexas, de difícil gestão e dispendiosas para os SS, e exigem uma elevada afetação de recursos (Escoval et al., 2010). A gestão da doença crónica é entendida como um esforço coordenado de intervenções que visam assegurar condições para que as populações desenvolvam o autocuidado (CCA, 2021). A abordagem à gestão da doença crónica deve ser multidisciplinar (CCA, 2021). Considerando o modelo de prestação de CSP em Portugal os enfermeiros, neste particular, os enfermeiros de família desempenham um papel crucial no acompanhamento e vigilância da pessoa com DM e doenças cérebro-cardiovasculares, na medida que desde sempre os

enfermeiros estiveram envolvidos na prestação de cuidados às populações em contextos comunitários. Os EF têm o seu enquadramento legal dos princípios e atividades em unidades funcionais USF e UCSP regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 118/2014. Os EF centram a sua atuação na família como unidade de cuidados, sendo a prestação de cuidados direcionada às transições normativas, situacionais e acidentais, que ocorrem ao longo do ciclo de vida dos indivíduos e respetivas famílias. Neste sentido os cuidados de enfermagem à família” tomam por foco a promoção dos projetos de saúde da família, considerando a complexidade das interações num contexto de unicidade” (Figueiredo, 2012, p. 69). Para garantir a prestação de cuidados enfermagem á família com essa intencionalidade há que garantir a dotação adequada destes profissionais, na medida em que a dotação adequada reflete-se na prestação e manutenção da qualidade dos cuidados aos utentes, na vida profissional dos enfermeiros e os resultados das organizações.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros definiu em regulamento um documento enquadrador que permite estabelecer padrões básicos de enfermeiros necessários à prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (Reg. n.º 743/2019). Os parâmetros preconizados referentes ao quantitativo de profissionais para os CSP nem sempre atendem às características epidemiológicas locais e às exigências do modelo de vigilância em saúde, que exigem ações além do atendimento clínico culturalmente aceite adequado às necessidades em saúde (Bonfim et al., 2015).

Espera-se com esta investigação identificar as intervenções que o EF realiza no âmbito da consulta de vigilância da pessoa com DC nos termos anteriormente definidos e a determinação da CTE associada. Considerando a CTE como uma das dimensões a atentar na determinação da dotação segura. Na medida em que a CTE está diretamente relacionada com os resultados para os utentes, profissionais e organizações (MacPhee et al., 2017; Swinger et al., 2016; Bonfim et al., 2015; Grafen & Mackenzie, 2015; Kirby & Hurst, 2014; Aiken, et al., 2012, 2008, 2003). Coletivamente os resultados dos estudos apoiam que ter uma equipa de enfermagem com níveis elevados de formação, experiente e em ambientes de práticas favoráveis produzem cuidados de enfermagem mais seguros.

A lacuna de conhecimento em relação à definição e atributos associados ao conceito de CTE neste contexto da prestação de cuidados de saúde impacta os esforços para avaliar a eficácia dos instrumentos existentes de mensuração da CTE. Os componentes essenciais da CTE de família no âmbito da consulta à pessoa com doença crónica, ou mesmo, no âmbito de toda

abrangência da atividade do enfermeiro de família é ainda pouco conhecida. A falta de dados de medição da carga de trabalho dos enfermeiros de família limita também a capacidade de identificar os efeitos dos níveis de carga de trabalho sobre os resultados para os utentes, enfermeiros, organizações de saúde e do próprio sistema de saúde. Também limita a investigação na área da CT dos enfermeiros de família em contexto CSP e, portanto, a tomada de decisões baseadas em evidências sobre o número adequado de profissionais de enfermagem em CSP.

Desta forma, questiona-se a adoção da norma regulamentada pelo (Reg. n.º 743/2019) na proposta apresentada para USF/UCSP se é adequada para atender à CT dos enfermeiros que exercem funções nestas unidades de saúde. Nesta medida, colocaram-se as seguintes questões: Será que os instrumentos disponíveis para a determinação de dotação estão adequados aos contextos dos CSP? Permitirão os métodos de determinação da dotação prestar cuidados seguros e de qualidade aos cidadãos como clientes dos cuidados? Qual a CT do enfermeiro de família na consulta às pessoas portadoras de DC em vigilância nos programas nacionais de saúde para a DM e para DCCV? Serão adequados os instrumentos disponíveis para calcular a CT do EF?

Considerando o papel que os enfermeiros de família desempenham no acompanhamento da pessoa com DC afigura-se pertinente e crucial determinar uma matriz que oriente para a definição da dotação segura destes profissionais para uma resposta efetiva e segura. No desenvolvimento do projeto de investigação teve-se presente que o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros de família não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados ou tempos médios necessários para a realização de uma determinada intervenção, isto porque, a dotação deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a formação e a investigação. Contudo, pela natureza da prestação de cuidados de enfermagem em contexto dos CSP, pela sua especificidade, conteúdo funcional e autonomia científica e técnica, impõe uma melhor caracterização das intervenções decorrentes das necessidades dos utentes/clientes. Neste sentido procura-se conhecer que intervenções realizam os EF na consulta da pessoa com doença crónica e qual a CT lhe está associada. Espera-se que os dados obtidos possam dar contributos para a construção de uma matriz que permita subsidiar a determinação de enfermeiros de família. Considerando ainda que é imprescindível dar visibilidade e relevância às intervenções dos enfermeiros que exercem a prática clínica em CSP e entender de que forma contribuem para

os ganhos em saúde da população, e a importância de uma gestão adequada deste grupo profissional na obtenção de resultados.

Espera-se que com os resultados deste projeto de investigação contribuir para a reflexão sobre o modelo de organização de recursos humanos necessários à constituição das equipas, em particular, em CSP. Face aos desafios que são colocados aos sistemas de saúde e aos enfermeiros como parte integrante do mesmo, importa dotar os enfermeiros de instrumentos e evidência que lhes permita reivindicar aos decisores de políticas de saúde, em particular, ao nível dos CSP, adotem de número adequado de profissionais. Nomeadamente, a integração nas equipas enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar, isto, porque, poderão garantir a prestação de cuidados em tempo útil e com elevados padrões de qualidade. Estes poderão garantir cuidados seguros e eficazes, em particular na gestão da doença crónica, para tal adotando um modelo assistencial centrado na pessoa/família.

2.2. Objetivos

Os Objetivos são:

1. Construir e validar um instrumento para medir a carga de trabalho do EF, em particular na consulta à pessoa com doença crónica;
2. Identificar as características socioprofissionais dos EF?
3. Identificar as características sociodemográficas dos clientes dos EF com DC?
4. Identificar que intervenções realizam os enfermeiros de família na consulta à pessoa com DC (DIA, HTA, HIPO)
5. Elencar as intervenções realizadas pelos EF que integram os cuidados assistenciais e não assistenciais;
6. Identificar que intervenções realizadas pelos EF predizem a carga de trabalho na consulta de enfermagem à pessoa com (DIA, HTA, HIPO);
7. Determinar o tempo gasto pelos enfermeiros família na consulta à pessoa com (DIA, HTA HIPO);
8. Desenvolver modelo de previsão de carga de trabalho em consulta à pessoa com (DIA, HTA, HIPO);
9. Identificar as características socioprofissionais dos enfermeiros que influenciam a carga de trabalho na gestão da DC;

10. Identificar as características sociodemográficas dos clientes dos EF com DC que influenciam a carga de trabalho na gestão da DC;
11. Identificar a carga de trabalho associada aos cuidados assistenciais e não assistenciais na gestão da DC;
12. Identificar os preditores da carga de trabalho do EF na DC?
13. Identificar a carga de trabalho do EF na gestão da DC;
14. Identificar a distribuição da carga de trabalho por área clínica/DC;
15. Validar fórmula de cálculo do peso da gestão da doença crónica na carga de trabalho total do EF;
16. Definir matriz de dotação segura de EF na gestão da DC.

2.3. Questões de Investigação

Partindo dos objetivos, as perguntas de investigação são:

1. Que instrumento avalia a carga de trabalho do enfermeiro de família? Que instrumento avalia a carga de trabalho do EF na consulta de enfermagem à pessoa com doença crónica? Os instrumentos existentes mostram-se adequados à mensuração da carga de trabalho do EF? Que dimensões devem estar contidas no instrumento para que possa prever a carga de trabalho do EF?
2. Quais as características socioprofissionais dos enfermeiros de família?
3. Quais as características sociodemográficas dos clientes dos cuidados dos enfermeiros de família com DC?
4. Que intervenções realizam os EF na consulta à pessoa com DC (DM, HTA e em HIPO)?
5. Que intervenções realizam os enfermeiros de família que refletem o carácter assistencial e não assistencial dos cuidados?
6. Que intervenções realizadas pelos EF predizem a carga de trabalho na consulta à pessoa com DC (DM, HTA e em HIPO)?
7. Quanto tempo necessitam os EF para realizar a consulta de enfermagem à pessoa com DC (DM, HTA e em HIPO)?
8. Que modelo de previsão do cálculo permite prever a carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com DC (DM, HTA e em HIPO)?
9. Quais as características socioprofissionais dos EF influenciam a carga de trabalho?

10. Quais as características sociodemográficas dos utentes com DC influenciam a carga de trabalho do EF?
11. Qual o peso da carga de trabalho produzido pelas atividades assistenciais e não assistenciais na carga de trabalho total do EF?
12. Que preditores da carga de trabalho do EF na DC?
13. Qual a carga de trabalho do EF na gestão da DC?
14. Como se distribui a carga de trabalho do EF pelas áreas clínicas da DC?
15. Que fórmula de cálculo ajuda a determinar a da carga de trabalho do EF na gestão da doença crónica?
16. Que matriz orientadora poderá responder à dotação segura de enfermeiros de família para a gestão da doença crónica?

CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo faz-se a descrição da abordagem metodológica utilizada no desenvolvimento da investigação. Apresenta-se e descreve-se o desenho da investigação que foi composto por três etapas, incluindo-se o desenho detalhado adotado de cada etapa da investigação e as suas ligações.

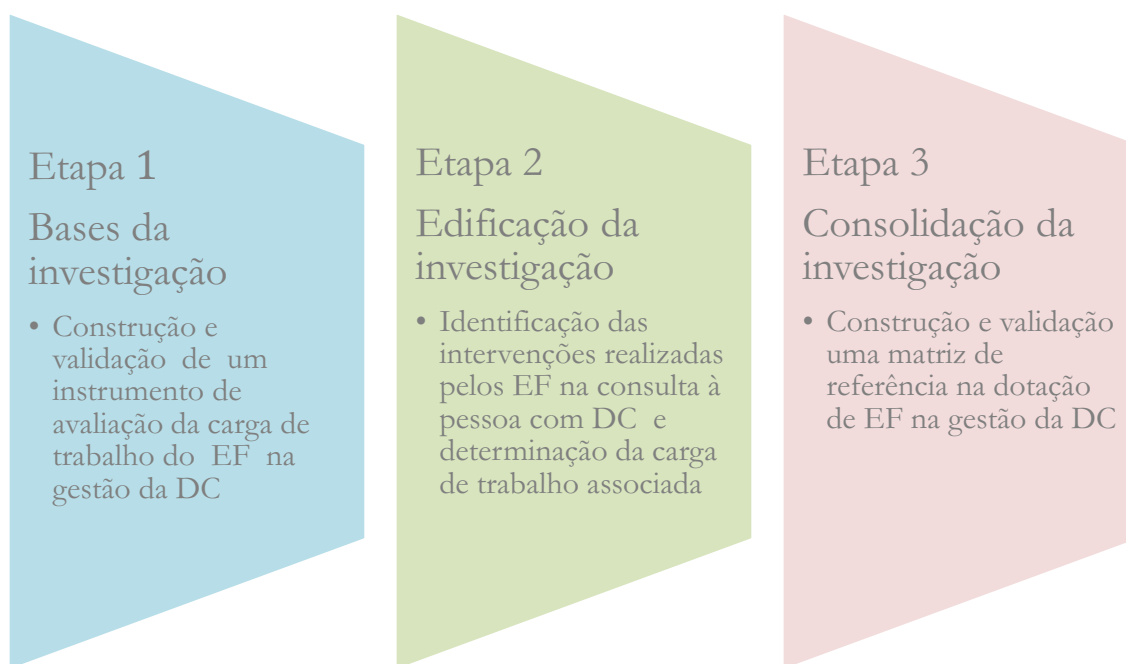
3.1. Desenho da Investigação

O conceito de carga de trabalho de enfermagem tem sido definido com alguma ambiguidade, porém a literatura (MacPhee et al., 2017; Aiken et al., 2010; Walker & Hendry, 2009; Kane et al., 2007; Aiken et al., 2002) mostra consistentemente que a carga de trabalho é influenciadora dos resultados em saúde. A mesma ambiguidade é encontrada naquilo que se refere aos instrumentos e métodos de avaliação da carga de trabalho. Face à inexistência de um instrumento de avaliação da carga de trabalho que fosse de encontro ao que se pretendia avaliar definiu-se para a etapa 1 da investigação realizar um estudo sentido de colmatar essa lacuna. Assim, partiu-se para a realização do estudo que objetivou construir e validar um instrumento de avaliação da carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa com doença crónica, em particular DM, HTA e HIPO. Delineou-se um estudo materializado em dois momentos. Para o primeiro momento elegeu-se uma orientação metodológica de carácter naturalista com recurso à técnica de Delphi. No segundo momento opta-se por uma orientação metodológica fundamentalmente racionalista que pretendeu elaborar um modelo de análise dos dados tendo por base o quadro teórico prévio através de um estudo de abordagem quantitativa.

A etapa 2 do projeto de investigação consistiu na identificação das intervenções que os EF realizam na consulta de vigilância à pessoa portadora de DC (na consulta de vigilância da DIA, HTA, HIPO) a partir do instrumento construído na etapa 1. Optou-se por um estudo transversal, descritivo analítico, que procurou a partir das intervenções e tempos gastos na sua realização determinar a carga de trabalho dos EF e os seus preditores na gestão da DC.

Na etapa 3 procurou-se conceber uma matriz que ajude a definir a dotação segura de EF para a GDC a partir da carga de trabalho produzida pelas consultas de vigilância à pessoa com DC. Nesta etapa recorreu-se a uma abordagem eminentemente qualitativa com o recuso à técnica do grupo focal (GF) como estratégia metodológica.

Figura 5 - Etapas do desenho da investigação



Fonte: produção própria

Na etapa 1, da investigação pretendeu-se dar resposta ao objetivo 1 do projeto de investigação. Para tal construiu-se e validou-se um instrumento que permite identificar que intervenções dos EF no âmbito da abrangência da sua atividade profissional e em particular na consulta de enfermagem à pessoa com DM, com HTA e em HIPO e simultaneamente determinar o tempo de consulta traduzido na carga de trabalho.

Nesta etapa construiu-se ainda um questionário que permitiu reconhecer as características socioprofissionais dos EF e um questionário que permitiu identificar as características sociodemográficas dos clientes dos EF com doença crónica em vigilância nos CSP.

Na etapa 2 do projeto de investigação definiu-se como campo de análise o estudo, dos utentes inscritos na lista de enfermeiros de família, com especial relevo aqueles que realizam consulta de vigilância da doença crónica no âmbito do PND e PNDCC, em particular na consulta de vigilância da pessoa com diabetes, hipertensão arterial e em hipocoagulação. Nesta etapa pretendeu-se dar resposta aos objetivos 2 a 14 propostos no projeto de investigação.

Na etapa 3, procurou-se dar resposta ao objetivo 15 e 16 consistiu propor e validar uma fórmula que permitisse determinar o peso da gestão da DC na carga total do EF. Definir uma matriz de dotação segura de enfermeiros de família para a gestão da doença crónica.

3.2. Questões Éticas da Investigação

A investigação realizada insere-se num projeto multicêntrico estabelecido entre uma entidade de referência no âmbito da prestação de cuidados de saúde e uma entidade de referência de ensino de enfermagem da região norte do país.

Para a concretização do estudo em contexto das unidades funcionais da prática clínica, os participantes foram informados da aprovação dos estudos pelo conselho de administração e conselho clínico e do parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde (Anexo 1). Os participantes foram ainda informados do período da realização dos mesmos e o do tempo médio previsto para a recolha de dados. A todos os participantes, nos diversos estudos realizados foi pedido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE).

A condução desta investigação teve por princípios norteadores:

- Responsabilidade, nomeadamente em relação ao impacte nos (as) participantes, respeitando a autodeterminação e tomando medidas para minimizar quaisquer riscos para a saúde e bem-estar físico e/ou psicológico.
- Honestidade, em relação ao processo de investigação, assegurando a transparência e a veracidade dos procedimentos, dos dados, dos resultados, das interpretações e de eventuais implicações, reconhecendo os contributos de terceiros, e não utilizando nem ocultando más práticas de investigação.
- Fiabilidade e rigor, ao realizar as atividades de investigação, agindo de forma meticulosa, cuidadosa e na comunicação de resultados, reportando-os de forma correta, integral e imparcial.
- Objetividade, nas interpretações e conclusões, sustentando-as em dados e na melhor evidência.
- Integridade, na identificação de manifestação de conflitos de interesse, reais e/ou potenciais e no cumprimento de todos os requisitos éticos e legais em relação à investigação conduzida.

Ponderou-se a relevância e a qualidade da investigação a concretizar, na medida em que permitisse acrescentar conhecimento relevante sobre o tema e desenvolver instrumentos com potencial de aplicabilidade.

Consentimento

No âmbito do consentimento informado, os (as) participantes receberam informação que incluía: a) objetivos gerais do estudo, tempos estimado e características gerais da sua participação; b) o direito de recusar participar no estudo, e a interromper a participação em qualquer momento; c) de eventuais risco, desconfortos ou outros efeitos adversos associados à sua participação; d) eventuais benefícios associados à sua participação; e) eventuais limites à confidencialidade (nomeadamente nos grupos focais); f) da não existência de qualquer incentivo à participação; g) do contato de quem devem contactar no caso de desejarem fazer perguntas ou comentários sobre o estudo. Os participantes foram informados que só poderiam iniciar a participação no estudo depois de darem o seu consentimento, de forma livre e autodeterminada.

Confidencialidade

Toda a informação prestada pelos (as) participantes no contexto desta investigação foi tratada confidencialmente, e sempre que foram publicados resultados produzidos pela mesma, nunca permitiu a identificação de nenhum dos participantes. Apenas foram recolhidos dados de caracterização sociodemográfica ou socioprofissional estritamente necessária à realização do estudo. Os dados recolhidos no âmbito do estudo foram armazenados e mantidos de forma segura guardados em ficheiros eletrónicos que estão protegidos por palavras-chave no ficheiro pessoal da investigadora principal por um período legalmente considerado. Findo esse período de armazenamento será feita a sua destruição de acordo com os requisitos éticos e legais aplicáveis, tendo em consideração os princípios gerais da confidencialidade, proteção e segurança dos (as) participantes.

Os princípios éticos foram garantidos através de:

Autonomia – os participantes que contribuíram para a recolha de dados foram convidados a integrar a investigação de forma voluntária tendo sido devidamente informados sobre o objeto da mesma.

Não Maleficências - no decorrer do estudo não se prevê qualquer dano para nenhum dos participantes, podendo cada participante abandonar a participação no estudo quando o entender.

Beneficência - os participantes do estudo estarão a contribuir para que se desenvolvam conhecimentos que possam refletir a melhoria dos cuidados de enfermagem. Nenhum dos estudos realizados apresentará benefícios diretos aos participantes. Porém, os seus resultados poderão ser benéficos para nortear a política de recrutamento de profissionais de

enfermagem. Os participantes envolvidos serão informados dos resultados do estudo se assim o desejarem.

Justiça - Todos os participantes do estudo tiveram oportunidade de expressar o seu contributo para o desenvolvimento do mesmo.

No estudo realizado na etapa 1 o consentimento foi dado por escrito, via correio eletrónico. O método utilizado foi *e-Delphi* que consiste na realização das rondas via e-mail. Com esta técnica entre a investigadora principal e os participantes o anonimato ficou assegurado. Foram asseguradas todas as precauções necessárias para a salvaguarda da confidencialidade dos resultados obtidos. Estão armazenados num dispositivo externo com proteção por senha.

No estudo realizado na etapa 2 recorreu-se a uma plataforma eletrónica para a recolha de dados, em que se procurou salvaguardar todos os requisitos éticos necessários à investigação. Neste sentido, procedeu-se a uma reunião antecipatória à colheita de dados para elucidar os EF sobre o recurso/estratégia de colheita de dados. Os EF foram informados que para participar no estudo teriam de fazer um registo numa plataforma eletrónica. O endereço da plataforma foi fornecido na reunião antecipatória à colheita de dados. Depois de aceder ao endereço e efetuar o registo na plataforma o EF é direcionado para uma página onde constava toda a informação acerca do objetivo do estudo, e requisitos de participação e a duração do mesmo. Aí o EF era novamente questionado acerca da vontade de participar no estudo e só depois de aceitar (clitando num ícone identificado para o efeito) era redirecionado para CILE redigido de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Aqui o EF teve de ler e aceitar (acionando um ícone destinado ao efeito), em alternativa podia imprimir o CILE, assiná-lo e guardá-lo. Após aceitação do CILE o EF era novamente redirecionado a uma página para preencher os dados de caracterização socioprofissional. Concluídos estes procedimentos os EF encontravam-se em condições de aceder às grelhas de registos das intervenções de enfermagem (instrumento de recolha de dados).

O registo na plataforma *on line*, a criação das respetivas credenciais e a caracterização socioprofissional apenas era realizada uma vez durante todo o tempo de recolha de dados, independentemente do número de vezes que EF acesse à plataforma. Sempre que EF registasse dados eles eram automaticamente associados ao respetivo EF, através da criação de um identificador numérico (ID) gerado automaticamente pela plataforma.

Nas situações que os EF acediam à plataforma e liam os requisitos do estudo e optavam pela não participação, no momento de saída da página era automaticamente gerada uma mensagem, que onde eram informados, que se reconsiderassem a participação no estudo, poderiam fazê-lo a qualquer momento. Teriam apenas que voltar a aceder ao endereço da plataforma. No final do estudo o repositório digital onde estão alojadas as grelhas que constituem o instrumento de recolha de dados foi fechado não sendo permitido a continuidade de recolha de dados. Os dados colhidos estão armazenados em ficheiro encriptado na posse da investigadora principal que serão destruídos após o prazo legal da manutenção dos mesmos.

Na etapa 3 realizou-se um estudo exploratório de cariz qualitativo em que a estratégia de recolha de dados foi via *on line*. O CILE foi dado de forma verbal pelos participantes em cada uma das sessões realizadas. Por se tratar de uma técnica que prevê a interação grupal entre os participantes estes foram elucidados relativamente à manutenção do anonimato. No que respeita à confidencialidade dos dados foram mantidas todas as precauções necessárias à sua salvaguarda. Foi solicitada a autorização da gravação das reuniões em áudio e vídeo, a qual foi concedida por todos os participantes. As gravações encontram-se armazenadas num dispositivo móvel em pasta encriptada em posse da investigadora principal. Estes dados serão autodestruídos por um temporizador findo o prazo legal da obrigatoriedade da manutenção dos mesmos.

A todos os participantes foi dado o contacto pessoal da investigadora principal (Telemóvel e endereço de correio eletrónico) para que pudessem esclarecer alguma dúvida a respeito dos objetivos da investigação e/ou métodos utilizados na mesma.

ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO

ETAPA 1- BASES DA INVESTIGAÇÃO

3.3. Metodologia

Nesta etapa da investigação propôs-se a realização de um estudo que pretendeu construir e validar um instrumento que permitisse identificar as intervenções e mensurar a carga de trabalho dos EF no âmbito da sua atuação em CSP em particular em USF/UCSP.

Adotou-se uma abordagem metodológica mista. As diferentes metodologias, qualitativa e quantitativa estão indicadas a ser utilizadas na validação de conteúdo, *layout* e de construto de instrumentos de medida, com a finalidade de confirmar a especificidade e sensibilidade dos itens propostos e acurácia da avaliação (Coluci, Alexandre & Malini, 2015; Zarili et al., 2015).

O estudo foi concretizado em dois momentos: O primeiro momento consistiu na construção e validação do conteúdo das grelhas que constituem o instrumento. A validade de um instrumento está na capacidade de este medir com confiança aquilo para o qual se propõe. Uma forma de verificação é através da validade de conteúdo, a qual certifica se os critérios que compõem o instrumento em análise indicam com representatividade e relevância o universo de todas as questões passíveis de serem feitas sobre o tema investigado, ou, quando as questões que compõe são significativamente representativas e relevantes em todas as questões que poderiam ser indagadas sobre o objeto (Coluci, Alexandre & Malini, 2015; Zarili et al., 2015). Com a validação do conteúdo do instrumento procura-se verificar se cada item que o constitui reproduz o objeto a ser investigado. Recorreu-se a um painel de especialistas qualificados neste domínio com o recurso à técnica de Delphi.

O segundo momento consistiu na verificação da aplicabilidade prática do instrumento através da realização um estudo piloto de cariz quantitativo, exploratório descritivo numa amostra intencional de EF e de utentes portadores de doença crónica (DM, HTA e HIPO). Procurou-se averiguar a capacidade do instrumento em medir aquilo para o qual foi construído.

3.3.1. Objetivos do Estudo

- Construir um instrumento para medir a carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa com DC;

- Realizar a validação do conteúdo do instrumento;
- Verificar aplicabilidade prática do instrumento construído.

Momento 1 - Processo de construção e validação do conteúdo do instrumento

Decide-se pela construção integral do instrumento depois de realizada uma revisão integrativa de literatura com a qual se procurou identificar quais os instrumentos permitem avaliar a carga de trabalho dos enfermeiros e identificar os contextos da prática onde os instrumentos são utilizados. A revisão da literatura permitiu identificar um número considerável de instrumentos usados na mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros, contudo nenhum dos instrumentos identificados possui as características para dar resposta aos objetivos do estudo que se planeou.

No processo de construção do instrumento procurou-se obedecer às etapas descritas por Coluci et al., 2015, que consistem: i) estabelecimento da estrutura conceptual, definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; ii) construção dos itens; iii) seleção e organização dos itens; iv) validade de conteúdo v) pré-teste (Coluci et al., 2015, p. 925).

O instrumento a construir pretendia identificar as intervenções que os EF realizam nas consultas de enfermagem ao indivíduo e famílias ao longo do ciclo vital, enquadradas nos diferentes programas de saúde do PNS definidos pela Direção-Geral da Saúde implementados no âmbito dos CSP.

Iniciou-se pela análise de documentação sobre os princípios enquadramentos da profissão de enfermagem, nomeadamente das competências profissionais que lhe estão atribuídas no conteúdo funcional e o regulamento das competências profissionais dos cuidados gerais e cuidados especializados (Decreto-Lei n.º 118/2014; Reg. n.º 190/2015), padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), resumo mínimo de dados em enfermagem (OE, 2007), entre outros documentos de referência ao enquadramento da profissão de enfermagem.

Considerou-se o sistema de classificação das intervenções de enfermagem que são sustentadas e padronizadas pela taxonomia Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®. A CIPE® é promovida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e adotada pela Ordem dos Enfermeiros como documento de referência. A CIPE®

como classificação para a prática é uma terminologia resultante de consensos que representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de enfermagem), bem como as ações empreendidas (intervenções de enfermagem), neste caso em particular no âmbito dos CSP. A CIPE[®] permite a documentação dos cuidados com recurso ao sistema informático tendo sido inicialmente criada uma aplicação sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) baseada nesta linguagem atualmente na versão Sclínico Cuidados de Saúde Primários – Sclínico-CSP[®] em funcionamento nas instituições públicas dos SNS. Os sistemas de informação em saúde mostram-se como um recurso extremamente importante na sistematização da informação e garantem a interoperabilidade entre os diversos intervenientes do sistema de saúde (Nascimento et al., 2021). Atendeu-se aos sistemas de informação naquilo que é a sua importância para a tomada de decisão clínica, continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2007). Neste propósito foram tidas em consideração as especificidades dos sistemas SClínico-CSP[®] e GOTA[®]. SClínico-CSP[®], é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelo serviço partilhado do Ministério da Saúde, que nasce das versões anteriores do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do SAPE. O seu desenvolvimento, em termos de atualizações e novas funcionalidades, teve como objetivo passar a ser uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no utente. O SClínico-CSP[®] permite o acesso a informação clínica do utente, a utilização partilhada dos dados entre os profissionais de saúde, bem como a sistematização dos mesmos, que contribui para um melhor acompanhamento e prestação de cuidados de saúde.

O *software* GOTA[®] - Gestão e Organização de Terapêutica Antitrombótica (GOTA), é uma aplicação informática para a gestão da terapêutica anticoagulante oral (TAO) que permite o registo do valor de INR determinado, no âmbito da consulta à pessoa em hipocoagulação e o registo de informações relevantes, nomeadamente relacionadas com a adesão ao regime terapêutico.

Procurou-se aprofundar o conhecimento sustentado nas orientações do PNS, na vertente dos programas de saúde prioritários da DGS, em particular, nos programas da Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Alimentação saudável, Promoção da atividade física, Doenças oncológicas, Doenças respiratórias, Hepatites virais, Infecção por VIH/SIDA, Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos, Saúde mental, Tuberculose entres outros programas; nas recomendações e linhas orientadoras nacionais e internacionais, para a DM e para as doenças cérebro-cardiovasculares; vigilância de gravidez

de baixo risco, vigilância de saúde infantil;, entre outros. Nas circulares normativas emanadas pela DGS, nomeadamente para n.º 9 /DGCG de 04/07/2002; n.º 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007; n.º 07/DGCG de 04/11/1998; norma 008 de 31/01/2011. Nas orientações e circulares informativas n.º 20/2011; n.º 26/2011; n.º 19/2011; n.º 30/2012; n.º 002/2013; n.º 005/2013; n.º 17/2013; pelo despacho n.º 3052/2013. Recorreu-se a *sites* de entidades de referências nacionais e internacionais tais como: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Hipertensão; Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar; American Diabetes Association; International Diabetes Federation; Sociedade Portuguesa de Diabetologia; ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas; Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas – APTFeridas, entre outros.

Para a construção do instrumento definiram-se cinco dimensões da prestação de cuidados que pretendem espelhar a abrangência dos cuidados dos enfermeiros de família: 1) Gestão da Doença Crónica (GDC), 2) Gestão da Saúde (GS); 3) Gestão da Doença Infeciosa (GDI); 4) Continuidade de Cuidados (CC) e 5) Cuidados Interdependentes (CI).

A dimensão da GDC reporta-se fundamentalmente às consultas realizadas pelo EF à pessoa com diabetes, HTA, HIPO, doença oncológica e doença respiratória.

Na dimensão da GS incluem-se as consultas de enfermagem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e do planeamento familiar; pré concecional, saúde materna e de puerpério; consulta de enfermagem de saúde infantil e de saúde juvenil, saúde do adulto e do idoso.

Na dimensão da GDI estão incluídas as consultas de enfermagem à pessoa com tuberculose e VIH/SIDA. A dimensão CC diz respeito à consulta de enfermagem para o tratamento de feridas e outros tratamentos de continuidade. A dimensão CI reporta-se à consulta de enfermagem que consistem em dar resposta à doença aguda através da realização de atitudes terapêuticas (e.g. cateterismo periférico, administração de terapêutica, entre outras).

Para cada dimensão referida foram construídas grelhas específicas que incluem itens (que correspondem a intervenções passíveis ser realizadas) pelo EF, com a opção de escolha da intervenção realizada (sim/não) e registo do tempo de realização (seg/min.).

As grelhas pretendem avaliar os cuidados assistenciais e os cuidados não assistenciais prestados pelos EF no âmbito da consulta, tendo sido designadas por domínios do cuidado. Para cada domínio do cuidado foram ainda definidos subdomínios que se caracterizam pelo tipo de intervenção tais como: avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, promover, administrar, referenciar, assistir e incentivar entre outros. Para o domínio não assistencial foram propostos quatro subdomínios: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção,

procedimentos de continuidade de cuidados, documentação de cuidados. Na impossibilidade de elencar todas as intervenções passíveis de serem realizadas no âmbito da consulta é deixada a possibilidade de acrescentar itens/intervenções.

3.3.2. Procedimentos Metodológicos

Submeteu-se ao processo de validação de conteúdo o instrumento de avaliação da carga de trabalho na gestão da doença crónica (IACENFF- GDC) constituído pelas grelhas: instrumento de avaliação da carga de trabalho na consulta de enfermagem da diabetes (IACENFF-CE-DIA); instrumento de avaliação da carga de trabalho na consulta de enfermagem de hipertensão arterial (IACENFF-CE-HTA); instrumento de avaliação da carga de trabalho na consulta de enfermagem de hipocoagulação (IACENFF-CE-HIPO); instrumento de avaliação da carga de trabalho na consulta de enfermagem de doença oncológica (IACENFF-CE-DO) e o instrumento de avaliação da carga de trabalho na consulta de enfermagem da doença respiratória (IACENFF-CE-DR).

Para o processo de validação recorreu-se à técnica de Delphi. A técnica de Delphi é uma técnica de investigação de abordagem predominantemente qualitativa, pois permite reunir um conjunto de opiniões de especialistas separados geograficamente, a partir das quais se produzem resultados complexos e abrangentes (Marques & Freitas, 2018).

A principal premissa da técnica Delphi é baseada na suposição que a “opinião do grupo é mais válida do que a opinião individual” (Keeney, Hanson & McKenna, 2011, p. 3). À técnica Delphi estão associadas vantagens, nomeadamente a reflexão individual e coletiva sem a necessidade de reuniões presenciais que minimiza dificuldade de organização de local e horário, além de minimizar o domínio da opinião de alguns indivíduos (Keeney et al., 2011). A técnica de Delphi permite a recolha de opiniões de especialista, contudo não produz respostas certas ou erradas nem mesmo definitivas, em vez disso produz uma opinião especializada válida, em que a dinâmica se produz pelo *feedback* do painel de especialista e pelo anonimato (Keeney, et al., 2011). A técnica de Delphi utilizada em processos de validação de conteúdo consiste na construção de consensos de um grupo de especialistas, realizado através de rondas sucessivas intercaladas com *feedback* controlado na análise da temática proposta (Borel, Lopes, Thofehm, Nóbrega, Arregy-Sena & Brandão, 2021; Zarili, et al., 2015; Keeney, et al., 2011). A técnica de Delphi prevê uma dinâmica de grupo em que

os membros interagem e influenciam-se de forma recíproca sem que se tenham conhecido. Esse *feedback* permite que o painel de especialista considere as respostas do grupo e as suas próprias respostas à luz dessa retroalimentação. Podendo levar os especialistas a mudar de opinião ao aceitar a opinião do grupo fazendo que se avance para consenso (Keeney, et al., 2011).

Neste estudo optou-se pela modalidade de *e-Delphi*, que tecnicamente é semelhante ao método clássico, mas administrado por *e-mail* (Keeney, et al., 2011). Para construção do painel de especialistas definiram-se os seguintes critérios de inclusão: docente do ensino superior na área disciplinar de enfermagem; exercício da prática clínica em CSP envolvido em práticas de investigação; enfermeiro gestor em unidade de CSP, com experiência em investigação. Em função dos critérios de inclusão identificaram-se dezassete potenciais participantes. Todos os potenciais participantes foram contactados via correio eletrónico no sentido de os convidar a participar no estudo.

A definição do tamanho e a heterogeneidade do grupo de especialistas relacionam-se com o propósito, o desenho do estudo e o prazo de recolha de dados, contudo a literatura não é consensual na determinação de um número preciso de elementos (Zarili, et al., 2015; Keeney, et al., 2011), todavia procurou-se ir ao encontro do sugerido na literatura convidando os 17 potenciais participantes.

O desenvolvimento do estudo foi suportado nestas seguintes etapas: i) seleção dos especialistas, ii) contato/convite para participarem; iii) envio do instrumento (grelhas) por email aos que aceitaram participar; iv) apreciação dos itens/intervenções propostas; v) *feedback* dos peritos; vi) análise do *feedback*; vii) adaptação do conteúdo) viii) reenvio do instrumento (grelhas); ix) *feedback* dos especialistas; x) análise dos dados recebidos da segunda versão; xi) construção das grelhas final pelo consenso.

Definido o grupo de especialista dentro daqueles que aceitaram participar, inicia-se o processo de validação do instrumento. Foi enviado aos participantes *e-mail* que pretendeu dar início à primeira ronda Delphi. O *e-mail* continha uma explicação sobre o desenvolvimento da primeira ronda, o prazo para avaliação do instrumento, a forma de retorno da apreciação e em anexo o termo CILE que deveria ser assinado e reencaminhado ao investigador principal por *e-mail*. Na continuidade foram enviadas todas as grelhas que o constituem o IACTENFF_GDC para uma apreciação geral do conteúdo e *layout*, em particular para

apreciação da forma de registo do tempo das intervenções, isto porque, são idênticos em todas as grelhas.

A validação das grelhas obedeceu aos seguintes requisitos: cada tópico foi avaliado de acordo com cinco critérios previamente determinados: 1) organização: reporta-se à aparência das grelhas, ou seja, se os itens estão organizados de forma coerente; 2) objetividade: critério definido para avaliar se os itens são objetivos; 3) clareza: reflete se os itens propostos conseguem transmitir a informação sem deixar dúvidas; 4) facilidade de leitura: analisa se os itens incluídos facilitam o conhecimento e interpretação dos dados; 5) eficiência: critério atribuído na produção de um resultado satisfatório para a realidade em análise. Cada critério proposto seria avaliado como adequado; a reformular ou inadequado. Depois de concluído este processo de apreciação geral do instrumento dá-se início à validação dos itens/intervenções propostos para cada grelha criada.

Na apreciação dos itens/intervenções que compõem cada grelha individualmente foi definido o critério baseado numa escala do tipo *likert* com 4 níveis de concordância: discordo totalmente a concordo totalmente. Foi definido um nível mínimo consenso seria de 90%.

A grelha e avaliação das intervenções do EF na consulta à pessoa com diabetes - IACTENFF-CE-DIA, foi a primeira a ser submetida para apreciação dos especialistas. Só depois de concluído o processo de validação referente a esta grelha é que se iniciou um novo processo de validação, e assim sucessivamente para cada grelha. As grelhas que pretendem avaliar as intervenções à pessoa com doença oncológica e respiratória (IACTENFF- CE-DO e IACTENFF- CE-DR) foram as últimas a serem submetidas ao processo de validação.

Pelas características específicas do instrumento não se procedeu a nenhum teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo, utilizou-se uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um grupo de especialistas (Souza, Alexandre & Guiradelho, 2017). O processo de validação teve início em janeiro de 2017 e foi concluído em novembro de 2017.

Momento 2 – Processo testagem da aplicabilidade prática da dimensão do IACTENFF-CDG– Estudo Piloto

Para a testagem da aplicabilidade prática do IACTENFF-GDC opta-se pela realização de um estudo de abordagem quantitativa, transversal, exploratório e descritivo. Procurou-se com este estudo averiguar se o instrumento mede o que pretende medir.

A dimensão da gestão da doença crónica do IACTENFF-GDC é constituída por 5 grelhas, todavia para efeitos deste estudo apenas se utilizam 3 das 5 grelhas que se reportam à consulta de enfermagem à pessoa com diabetes (IACTENFF-CE-DIA), consulta à pessoa com hipertensão (IACTENFF-C-HTA) e a pessoa em hipocoagulação (IACTENFF-CE-HIPO).

3.3.3. População e Amostra

Elegeu-se uma amostra intencional (Hill & Hill, 2009) de 16 enfermeiros que exercem funções num ACeS e 193 utentes portadores de doença crónica (DM, HTA e HIPO). Os utentes foram selecionados a partir das agendas/programação das consultas de vigilância do EF.

No sentido tornar mais clara a definição da amostra de utentes, opta-se por designar as doenças crónicas em estudo por área clínica. Assim, os utentes em vigilância da DM foram designados por Área clínica 1; os utentes em vigilância da HTA na área clínica 2 e os utentes em HIPO incluídos na área clínica 3.

Área clínica 1 (AC1) – A amostra foi constituída por 106 utentes que realizaram consulta de vigilância no âmbito da DM. Para a seleção dos utentes a incluir na amostra definiram-se os seguintes critérios: utentes portadores de DM tipo 1 e/ou tipo 2, independentemente de realizarem a primeira consulta ou consulta de vigilância de continuidade. Como critérios de exclusão: grávidas com DM gestacional, crianças com idade inferior a 18 anos e todos os utentes que apresentassem outros tipos específicos de DM e com necessidade de um cuidador por dependência física e/ou comprometimento cognitivo.

Área clínica 2 (AC2) - A amostra foi composta por 46 utentes. Definiram-se como critérios de inclusão todas as pessoas com diagnóstico médico de HTA, medicadas com anti hipertensor que realizam consultas de vigilância com equipa de saúde, independentemente de ser a primeira consulta ou consultas subsequentes. Foi definido como critério de exclusão as pessoas que realizam consulta de vigilância que apresentem necessidade de um cuidador por dependência física e/ou comprometimento cognitivo.

Área clínica 3 (AC3) - Foi eleita uma amostra intencional de 41 utentes que realizaram consulta de vigilância com a equipa de saúde. Foram considerados para efeitos de amostra todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que estejam a realizar terapêutica anticoagulante oral que necessite de vigilância regular do valor de INR e estejam inscritos

com diagnóstico ativo de doença cerebrocardiovascular em consulta de vigilância de HIPO. Foi critério de exclusão se o utente tivesse necessidade de um cuidador por dependência física e/ou comprometimento cognitivo. E ou necessitasse de realizar INR para controlo de outro tipo de patologia/condição de saúde.

3.3.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados foi constituído pelas grelhas IACTENFF-CE-DIA; IACTENFF- CE-HTA; IACTENFF-CE-HIPO, construído e validados no âmbito da investigação e descrito no momento 1 deste estudo e se apresentam em apêndice ao relatório.

No cumprimento de uma das etapas definidas por Coluci et al., (2015) antes de se iniciar com estudo piloto realizou-se um pré-teste das grelhas construídas e validadas. Recorreu-se a 4 enfermeiros que exercem a prática clínica em contextos de USF e UCSP. Estes profissionais detêm experiência clínica de 10 anos, formação pós-graduada em Enfermagem de Saúde Familiar e exercem funções como EF em USF/UCSP. Foi-lhes solicitado que se pronunciassem sobre as grelhas IACTENFF-CE-DIA; IACTENFF-CE-HTA e IACTENFF-CE-HIPO, nas dimensões organização dos itens; objetividade; clareza, facilidade de leitura e pertinência dos itens/intervenções propostas. Todos os enfermeiros apreciaram de forma positiva o instrumento, não sugeriram qualquer tipo de alteração.

No estudo piloto as grelhas IACTENFF-CE- DIA; IACTENFF – CE-HTA; IACTENF-CE-HIPO apresentaram- se em formato físico (papel).

Para a caracterização dos utentes dos cuidados do EF foi utilizado um questionário constituído por 16 itens. A caracterização socioprofissional dos EF foi realizada através de um questionário com 14 itens, os quais também foram apreciados pelos especialistas que integraram o painel Delphi.

3.3.5. Procedimentos de Recolha de Dados

Depois de criadas as condições para a implementação do estudo piloto que pretendeu testar aplicabilidade prática do instrumento construído, efetivou-se um conjunto de procedimentos que se consideraram fundamentais para o sucesso do estudo.

Realizou-se uma reunião com os enfermeiros que participaram no estudo (por unidade funcional), pretendeu-se dar a conhecer os objetivos, instrumento de recolha de dados, instruções da sua utilização, bem como o período de realização do estudo.

A mensuração do tempo de trabalho é obtida fundamentalmente por três métodos: autorrelato, tempo e movimento e por amostragem de trabalho (Bonfim, 2014). Para este estudo opta-se pelo método de autorrelato, ou seja, foi o próprio enfermeiro a identificar as intervenções que realizou e o tempo que precisou para a sua concretização. O período de recolha de dados decorreu de maio a novembro de 2018.

3.3.6. Procedimentos de Tratamento de Dados

Tendo em consideração o objetivo e natureza das variáveis em estudo, foram determinadas as frequências absolutas (n) e percentuais (%), as medidas de tendência central como médias, as medidas de variabilidade e dispersão como desvio padrão, amplitude de variação e coeficiente de variação. Os dados foram analisados com o recurso ao *software* aplicativo científico *Statistical Package for the Social Sciences IBM SPSS Statistic v. 25*[®].

3.3.7. Resultados

No primeiro momento do estudo procedeu-se à validação do conteúdo do instrumento. Entre dezassete especialistas convidados acolheram o convite dez, traduzindo-se numa taxa de adesão de 58,8%. Os dez que aceitaram o convite mantiveram-se no procedimento de validação durante todo o processo. Quanto ao perfil socioprofissional dos especialistas constatou-se que 50% são docentes do ensino superior, 40% exercem funções na prática clínica e 10% na gestão de cuidados de enfermagem.

Os especialistas pronunciaram-se sobre o conteúdo das cinco grelhas que constituem IACTENFF- GDC. Iniciou-se as rondas pela validação dos aspetos gerais das grelhas, nomeadamente pela dimensão do registo do tempo das intervenções. Considerou-se esta estratégia na medida que todas as grelhas têm o mesmo formato de registo do tempo e ser um aspeto central do instrumento.

Na primeira versão das grelhas enviadas (1ª ronda) a proposta de registo do tempo para cada intervenção estava definida por intervalos de tempo de 5 em 5 minutos com um limite máximo de 30 minutos para cada item/intervenção. No *feedback* da primeira ronda 40% dos especialistas sugerem reformular a proposta de registo do tempo. Acataram-se as sugestões dos especialistas e reformulou-se a forma de registo do tempo. Iniciou-se a 2ª ronda com o

reenvio das grelhas aos especialistas com a nova proposta de registo que consistiu na seguinte proposta: registo do tempo em segundos e/ou minutos [seg___/min___] sem tempos predefinidos. O *feedback* dos especialistas foi de concordância de 100% o qual permitiu concluir esta etapa por consenso.

Deu-se continuidade ao processo de validação com o envio da grelha IACTENFF-CE-DIA. Esta grelha inicialmente era constituída por 67 itens/intervenções. O retorno dos especialistas permitiu verificar que todas as 67 itens/intervenções propostas foram aceites, contudo 20% dos especialistas sugeriram acrescentar dois itens/ intervenções - treinar autovigilância/autocontrolo da (GC/PA) e promover a adesão à imunização (PNV e outras). As sugestões foram tidas em consideração introduzidas na grelha posteriormente foi reenviada aos peritos dando início à 2ª ronda. O retorno dos especialistas foi pela anuência da proposta apresentada tendo a grelha ficado constituída por 69 itens/intervenções.

Procedimentos idênticos foram realizadas para a grelha IACTENFF-CE-HTA. A primeira versão da grelha era constituída por 57 itens/intervenções. Foram aceites todos os itens/intervenções propostas, sendo que 30% dos especialistas sugeriram substituir um item – promover a aceitação do estado de saúde para – assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde. Foi também sugerido por 20% dos especialistas a inclusão de três novos itens/intervenções: avaliar dor; avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor; ensinar sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Foi obtido consenso com mais de 90% dos especialistas.

A grelha IACTENFF-CE-HIPO foi proposta com 63 itens/intervenções. O feedback dos peritos foi de total aceitação dos itens proposto na grelha. Para a validação desta grelha realizou-se apenas uma ronda, à semelhança das grelhas IACTENFF-CE-DO; IACTENFF-CE-DR. A grelha IACTENFF-CE-DO foi proposta com 40 itens/intervenções e todas foram validadas ao final da primeira ronda. Quanto à grelha IACTENFF-CE-DR que foi proposta com 17 itens/intervenções e validada pelos especialistas pelos mesmos itens/intervenções inicialmente propostos.

Na generalidade da validação de todas as grelhas ocorreu com um consenso superior a 95% dos especialistas aos itens predefinidos, e 5% julgaram alguns itens com necessidade de serem reformulados, no entanto enviaram as respetivas sugestões de reformulação.

Em todas as grelhas em análise foi sugerido um refinamento no *layout* de forma a torná-lo mais simpático na utilização. Todas as sugestões apresentadas pelos especialistas foram apreciadas e tidas em consideração. O processo de validação das grelhas decorreu maioritariamente em duas rondas, após se ter atingido o consenso previamente estabelecido.

O *layout* das grelhas que constituem o instrumento tem a seguinte configuração: Título: Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família: IACTENFF a identificação das dimensões que constitui o instrumento (e.g. GDC), a designação à respetiva consulta que pretende avaliar, (e.g. CE-DIA) a identificação dos domínios, a sequência dos itens, a possibilidade de seleção das intervenções realizadas (itens/intervenções), e o registo do tempo associado a cada intervenção a registar em segundos ou em minutos (tempo de execução: seg./min.)

A grelha IACTENFF-CE-DIA (Apêndice 1) permite identificar as intervenções passíveis de serem realizadas na consulta de vigilância da pessoa com DM ficou constituída por 69 itens. Acomodando 65 itens ao domínio assistencial e 4 itens ao domínio não assistencial. O domínio assistencial é representado por 9 subdomínios, dos quais o subdomínio avaliar é constituído por 29 intervenções, o monitorizar por 8 intervenções, o ensinar por 19 intervenções; o elaborar por 2 intervenções; o planear por 1 intervenção; o treinar por 1 intervenção; o promover por 1 intervenção; o administrar por 1 intervenção; o referenciar por 1 intervenção; subdomínio assistir com 1 intervenção e o subdomínio incentivar com 1.

A grelha IACTENFF-CE-HTA (Apêndice 2) permite o registo das intervenções passíveis de serem realizadas pelo do EF na consulta de vigilância à pessoa com HTA. É constituída por 60 itens, dos quais 56 correspondem ao domínio assistencial e 4 ao domínio não assistencial. As intervenções de carácter assistencial são representadas por 10 subdomínios distribuído por 25 intervenções do tipo avaliar, 6 intervenções do tipo monitorizar, 17 intervenções do tipo ensinar, 2 intervenções do tipo elaborar, 1 do tipo treinar, 1 do tipo promover, 1 do tipo administrar, 1 do tipo referenciar, 1 do tipo assistir, e 1 do tipo incentivar.

As intervenções realizadas na consulta de vigilância à pessoa em HIPO serão obtidas através da grelha IACTENFF-CE-HIPO (Apêndice 3). A grelha é constituída por 63 itens predefinidos dos quais 59 dizem respeito ao domínio assistencial e 4 ao domínio não assistencial. As intervenções de carácter assistencial são também representadas por 10 subdomínios correspondendo respetivamente, 26 intervenções do tipo avaliar, 7 do tipo

monitorizar, 18 do tipo ensinar, 2 do tipo elaborar, 1 do tipo treinar, promover, administrar, referenciar, assistir e incentivar.

A atividade do EF na vigilância da pessoa com doença oncológica é passível de ser obtida através da grelha IACTENF-CE-DO (Apêndice 4) ficou constituída por 40 intervenções. Correspondendo 36 intervenções ao domínio assistencial e 4 ao domínio não assistencial. O domínio assistencial constitui-se por 8 subdomínios correspondendo respetivamente a 14 intervenções do tipo avaliar, 8 do tipo ensinar; 4 do tipo monitorizar; 3 do tipo incentivar; 3 do tipo instruir; 3 do tipo treinar, 1 do tipo encorajar.

A grelha que pretende identificar possíveis intervenções realizadas pelo enfermeiro de família junto da pessoa com doença respiratória IACTENFF-CE-DR (Apêndice 5) ficou constituída por 17 itens/intervenções das quais 13 correspondem ao domínio assistencial e 4 ao domínio não assistencial. O domínio assistencial é composto por 4 subdomínios correspondendo a 6 intervenções do tipo avaliar, 5 do tipo ensinar, 1 do tipo instruir e 1 do tipo treinar.

Em todas as grelhas o domínio não assistencial é constituído por 4 subdomínios sendo respetivamente: acolhimento da pessoa; procedimentos de controlo de infeção; procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados. Em cada grelha é deixada a possibilidade de serem acrescentadas itens/intervenções que o enfermeiro realize e não estejam predefinidas.

Foi também solicitado aos especialistas que se pronunciassem sobre 1 questionário que permite a caracterização sociodemográfica dos utentes, constituído por 16 itens e 1 questionário que permite a caracterização socioprofissional dos enfermeiros constituído por 14 itens. Aqui os especialistas foram unânimes na apreciação aos questionários não tendo sugerido nenhum tipo de alteração.

O segundo momento do estudo pretendeu verificar a aplicabilidade prática do instrumento construído na dimensão da gestão da doença crónica, com recurso às grelhas IACTENFF-CE-DIA; IACTENFF-CE-HTA; IACTENFF-CE-HIPO.

Caracterização da amostra: enfermeiros

Para o estudo recorreu-se a uma amostra intencional de 16 de EF. Os EF são maioritariamente do sexo feminino 93,75% ao sexo masculino corresponde 6,25%. Com idade média de 38,7 anos, idade mínima de 36 e máxima de 61 anos. Possuem grau académico de licenciado 87,5% dos EF e 12,5% grau de mestre. Dos dezasseis enfermeiros que

participaram no estudo 31,25% são detentores do título profissional de especialista distribuída pelas especialidades Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, 2 enfermagem de saúde comunitária e 2 enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Constatou-se que 31,25% detêm formação pós-graduada em enfermagem de saúde familiar e em cuidados paliativos. Maioritariamente os EF 56,25% encontram-se em vínculos de contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) e 43,75% com vínculos de contrato individual de trabalho (CIT). Todos os enfermeiros têm cargas de trabalho correspondentes a 35h/semanais. A unidade funcional USF modelo B é a mais representativa dos locais de trabalho dos EF 75% exercem aí funções e 25% em USF modelo A.

Caracterização da amostra: utentes com doença crónica

A amostra AC1. Foram incluídos no estudo 106 utentes, correspondendo 51,9% ao sexo feminino e 48,1% ao sexo masculino. A idade média dos utentes com DM que realizam consulta de vigilância com o EF é de 71,7 anos com idade mínima de 34 e máxima de 97 anos. Quanto ao estado civil verificou-se que 66,2% são casados, 22,6% viúvos, 8,5% solteiros e 4,7% são divorciados. No que se reporta ao nível de instrução verificou-se que o primeiro nível de ensino básico é o mais representativo na amostra com 66%, averiguou-se que 21,7% não apresentava qualquer nível de ensino (analfabetos) e 5,7% detêm o segundo ciclo de ensino básico. Incluem-se no terceiro ciclo e ensino superior 1,9% da amostra. Quanto à situação profissional constatou-se que 82,1% dos participantes são reformados, 4,7% encontram-se numa situação de emprego não remunerado e 3,8% estão desempregados. No que diz respeito à tipologia familiar apurou-se que 39,6% insere-se numa tipologia de casal, 19,8% numa tipologia familiar unipessoal, 17,9% família nuclear, 12,3% em famílias alargadas, 4,7% em famílias institucionais e as restantes em tipologias familiares em coabitação e monoparentais. Os utentes são maioritariamente residentes em zonas rurais 91,5% e 8,5% em área mais urbana. Procurou-se conhecer como os clientes dos EF se deslocam às unidades de saúde constatou-se as mais diversas formas. Assim, utilizam o carro próprios 62,3% dos mesmos, 16,1% utiliza o táxi, 10,4% utiliza o transporte público e 11,3% refere ir a pé. O tempo médio de deslocação do domicílio à unidade de saúde é de aproximadamente de 20 minutos, tempo máximo de 45 min e tempos mínimo de 5 minutos. Quanto às características habitacionais verificou-se que 96,2% reside em vivendas e 3,8% em apartamento. A reforma é a fonte de rendimento de 82,1% dos participantes. A multimorbilidade está presente em 81,9% dos utentes, contudo 83,2% são independentes.

Amostra AC2 foi constituída por 45 utentes com diagnóstico ativo de HTA em vigilância da sua condição de saúde. As características sociodemográficas são muito semelhantes às identificadas na AC1. A idade média 73,2 anos com idade mínima de 46 e máxima de 86 anos. O sexo masculino é mais representativo com 63,4% e o sexo feminino em 36,6%. Quanto ao estado civil 63,4% dos participantes são casados, 29,3% são viúvos. Relativamente ao nível de ensino 32,6% são analfabetos, 58,7% possuem o 1º ciclo e 2,2% o ensino superior. Os participantes são maioritariamente casados 58,7% e viúvos 26,1%. Quanto à situação profissional verificou-se que 76,1% são reformados e 10,9% ainda se mantêm no ativo. As tipologias familiares mais representativas nos utentes com HTA é tipologia de casal 45,7% seguido da tipologia unipessoal. Em toda amostra foi identificada multimorbilidade, contudo com um nível de independência de 76,1%.

Amostra AC3 foi constituída por 41 utentes em hipocoagulação. O sexo masculino é mais representativo como cliente dos cuidados dos EF na consulta à pessoa em hipocoagulação com 63,4% e o feminino de 36,6%. O estado civil de casado é de 63,4% e 29,3% são viúvos. O nível de instrução dos utentes é de 48,8% com o 1º ciclo e 21,5% de analfabetos, 29,7% dos utentes possuem níveis de instrução entre o 2º e 3º ciclo. Face à situação profissional e em consonância com a idade dos participantes verificou-se que 87,8% dos mesmos estão reformados e 7,3% são ativos. A tipologia familiar de casal está presente em 39% da amostra, 26,8% são famílias nucleares e 24,4% são famílias unipessoais. Os utentes em hipocoagulação apresentam um índice de independência de 82,9% e uma multimorbilidade de 97,6% o que representa uma carga de doença elevada.

Na AC1 as intervenções de carácter assistencial realizadas com maior frequência foram do tipo ensinar, avaliar, monitorizar, incentivar. A intervenção ensinar sobre alimentação foi realizada em 50,9% das consultas e exigiu um tempo máximo de 15 minutos. A intervenção incentivar a comunicação expressiva das emoções foi realizada em 17,9% das consultas, estando associada o tempo máximo de 20 minutos para a sua concretização. Em 31,5% das consultas os EF avaliaram o conhecimento e o potencial para melhorar o conhecimento sobre diabetes. As intervenções de carácter não assistencial tais como acolhimento da pessoa, procedimentos de continuidade de cuidados foram realizadas em mais de 90% das consultas. Foi obtido o tempo médio de consulta de 24 minutos.

Na AC2 foi identificado que as intervenções que melhor traduzem os cuidados assistenciais são indicadas pelas intervenções do tipo: avaliar, e ensinar. As atividades não assistenciais

mais realizadas foram procedimento de controlo de infeção e a documentação de cuidados. Foi obtido o tempo médio de consulta que correspondeu a 18,5 minutos, e tempo mínimo de 9,3 minutos e o tempo máximo de 42,6 minutos.

Na AC3 também foram identificadas as intervenções que caracterizam o domínio assistencial e não assistencial dos cuidados dos EF. As intervenções de carácter assistencial mais realizadas foram do subdomínio: avaliar, monitorizar e ensinar. Contudo, foi no subdomínio monitorizar através as intervenções: monitorizar pressão arterial foi mais representativo com 92,7%; monitorizar frequência cardíaca com 92,7% e monitorizar INR com 100%. O domínio não assistencial foi traduzido pelas intervenções do tipo: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção e documentação de cuidados. Foi determinado o tempo de médio de consulta em 18,3 minutos e tempos mínimos de 4,34 minutos e tempo máximo de 45 minutos.

Para as três áreas clínicas em análise os dados obtidos permitiram a identificação de forma clara as intervenções que os EF realizam no âmbito do acompanhamento da pessoa portadora de doença crónica. O instrumento permite determinar qual o tempo mínimo, médio e máximo de consulta que os EF necessitam para a realização das respetivas consultas e identificar um padrão de consulta realizado pelos EF.

As grelhas IACTENFF-CE-DIA, IACTENFF-CE-HTA e IACTENFF-CE-HIPO mostraram-se capazes de medir aquilo para as quais foram projetadas. Um instrumento adequado é um dos requisitos mais importantes para identificar as intervenções realizadas na prática clínica (Bonfim et al., 2015). Na literatura verificou-se a existência de um conjunto de instrumentos que permitem identificar o tempo associado à realização das intervenções dos enfermeiros e consequentemente medir a carga de trabalho. São exemplos desses instrumentos a NAS e o *Belgian Nursing Minimum Data-Set* (B.NMDS-2) entre outros. Estes instrumentos têm sido utilizados em contextos e serviços distintos, mas muitos deles em contextos hospitalares em que a característica da prática dos cuidados de enfermagem é significativamente diferente do contexto dos CSP. As diferenças caracterizam-se fundamentalmente pelas necessidades em saúde dos utilizadores dos cuidados. Mesmo aqueles instrumentos que são utilizados em contexto comunitário (e.g. *Workload Measurement and Reporting System*) apresentam características significativamente diferentes, nomeadamente naquilo que pretendem medir e no contexto da prática.

O instrumento construído apresenta características muito específicas que pretendem avaliar a intervenção que o EF realiza no âmbito da consulta à pessoa/família. Na literatura não foi possível identificar nenhum instrumento similar. O instrumento construído por Bonfim et al, (2015) que pretendia identificar a intervenção/atividades realizadas pela equipa de saúde da família (USF) com o objetivo de projetar a carga de trabalho dos profissionais. O instrumento de Bonfim et al., (2015) naquilo que se reporta aos profissionais de enfermagem é, porventura, o instrumento que mais se assemelha ao construído.

ETAPA 2 – EDIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Procurou-se nesta etapa dar resposta aos objetivos 2 a 14 definidos no desenho da investigação. Para tal, realizou-se um estudo onde se pretendeu identificar as intervenções dos EF na consulta à pessoa com doença crónica. A identificação das intervenções tinha a finalidade de permitir medir o tempo de consulta, a qual, se admitia que traduziria a carga de trabalho.

3.4. Metodologia

Para a concretização do estudo opta-se por uma abordagem quantitativa. A investigação quantitativa utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para colher sistematicamente os dados, analisar e descrever de forma numérica as informações obtidas (Polit & Beck, 2011). Realizou-se um estudo transversal, descritivo com a finalidade de identificar as intervenções dos EF que predizessem a carga de trabalho dos EF em USF/UCSP na gestão da doença crónica.

O estudo foi concretizado numa Unidade Local de Saúde (ULS) na região norte do país. A ULS é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A missão da ULS assume um carácter compreensivo que passa pela identificação das necessidades de saúde da população residente, à resposta integrada das necessidades identificadas através dos serviços públicos, privados contratualizados, comunitários ou de solidariedade social, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação dos cuidados de saúde, com eficiência e eficácia tendo e vista a excelência dos cuidados. Tem por valores uma atitude centrada no cidadão e no respeito pela dignidade humana, cultura do conhecimento, excelência técnica e do cuidar; a multidisciplinariedade e o bom relacionamento no trabalho.

A área geográfica de abrangência é dispersa por 2,118,8 km² distribuída por 10 concelhos. A área de influência da ULS tem uma população estimada em 231,324 habitantes, dos quais 25,5% da população tem idade \geq 65 anos (INE, 2021).

Na ULS os cuidados hospitalares (CH) são prestados por 2 unidades hospitalares. A prestação de cuidados continuados integrados é garantida à população residente através de 2 unidades de internamento e 10 equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). Os CSP são assegurados por um ACeS constituído por 12 CS com 36 unidades funcionais, distribuídas por 12 UCC, 9 UCSP, 9 USF modelo A, e 6 USF de modelo B. Sendo que 4 CS são constituídos só UCSP, 3 CS por USF. Em 3 CS existe 1 USF e 1 UCSP, 1 CS com 3 USF e 1 UCSP e 1 centro de saúde com 1 UCSP e 4 USF. Estas unidades funcionais dos ACeS dão resposta às necessidades em saúde da população residente e inscrita na área de influência do CS do respetivo concelho.

A realização do estudo decorreu de outubro de 2019 a dezembro de 2020. O ACeS foi selecionado pelos investigadores por ser considerado uma unidade de referência em CSP, pelo Índice de Desempenho Global de Unidade Funcionais (IDG-UF).

3.4.1. Objetivos

- Identificar características socioprofissionais dos EF;
- Identificar características sociodemográficas dos clientes dos EF portadores de DC;
- Identificar as intervenções que os enfermeiros EF realizam na consulta de vigilância à pessoa com DIA, HTA e HIPO;
- Elencar as intervenções realizadas pelos enfermeiros de família que integram os cuidados assistenciais e não assistenciais nas consultas de vigilância à pessoa com DIA, HTA e HIPO;
- Identificar as intervenções que mais influenciam a carga de trabalho na consulta de enfermagem à pessoa com DIA, HTA e HIPO;
- Identificar as características socioprofissionais dos enfermeiros que influenciam a carga de trabalho;
- Identificar características dos clientes dos EF que influenciam a carga de trabalho;
- Determinar o tempo gasto pelos enfermeiros família na consulta de vigilância à pessoa com DIA, HTA e HIPO;
- Determinar os preditores da carga de trabalho do enfermeiro de família na gestão da doença crónica;

- Desenvolver modelos de previsão da carga de trabalho do EF na gestão da DC (DM, HTA, HIPO);
- Identificar a distribuição da carga de trabalho da DC pelas respectivas áreas clínicas.

3.4.2. População e Amostra

A população do estudo correspondeu aos EF que exercem funções em USF e UCSP de um ACeS constituído por 12 CS, e pelos utentes que realizam consultas de vigilância de DC, nos termos anteriormente definidos, com a equipa de saúde em particular pelos EF.

Considerou-se para amostra de EF aqueles que aceitaram participar no estudo, a partir de uma população de 164 EF que exercem funções em USF/UCSP do ACeS. A mostra dos EF para cada AC foi constituída a partir dos EF que realizaram e registaram consultas nas respetivas áreas clínicas tendo ficado constituídas AC1: 44 EF; AC2: 29 EF; AC3: 29 EF.

Definiu-se a Área Clínica da Doença Crónica (AC4) a partir das áreas clínicas (AC 1, 2 e 3). A amostra AC4: 50 EF foi determinada a partir EF que realizaram e registaram consultas nas três AC.

A amostra de utentes com DC (AC4) foi constituída por 509 (consultas realizadas), construída a partir das amostras AC1: 242 utentes; AC2: 187 utentes e AC3: 80 utentes.

O cálculo da amostra teve por base a proporção de inscritos no ACeS com diagnóstico ativo de DM, HTA e em HIPO e pelo número de consultas de enfermagem realizadas no ano 2018 no ACeS. Considerou-se universo de 121173 consultas realizadas no ACeS no ano 2018 (Sistema de Informação das unidades de saúde [SINUS], 2019 e Sistema de Informação da ARS Norte, 2019 [SIAR]). Definiu-se uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Para cálculo da amostra utilizou-se o recurso informático disponível *on line* em <https://www.netquest.com/pt-br/painel/calculadora-amostras/calculadoras-estadisticas>.

A seleção dos utentes a incluir na amostra foi feita pelo EF, através do método de amostragem aleatória simples (Hill & Hill, 2009). Foram fornecidas as instruções de como os EF deveriam fazer a seleção dos utentes a integrar no estudo, que seriam selecionados a partir das consultas programadas/agendadas no Sclínico CSP[®] do EF para cada dia de trabalho por área clínica. Definiu-se de modo a garantir a aleatoriedade que o EF a cada dois utentes com consulta programada de vigilância da DM, HTA ou HIPO faria a seleção do segundo utente na ordem de agendamento da consulta. Nas situações em que estavam

programados quatro ou mais utentes, deveria ser selecionado o utente com número de programação par (e.g.:1;2;3;4;5). Nas situações em que apenas estivesse um utente programado/agendado para aquele dia de trabalho, este poderia ser integrado no estudo, desde que esse utente cumprisse os critérios de inclusão. Sempre que um utente tivesse agendamento de consulta e fosse portador em simultâneo de duas ou mais patologias definidas nas áreas clínicas para o estudo, este teria de ser integrado na área clínica segundo a tipologia de agendamento da consulta identificada no SINUS, isto porque, para efeitos de estudo apenas poderia ser considerado numa tipologia de consulta.

3.4.3. Instrumento de Recolha de Dados

Foram utilizadas as grelhas IACTENFF-CE-DIA, IACTENFF- CE-HTA e IACTENFF-CE-HIPO do Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família - Gestão da Doença Crónica (GDC). A grelha IACTENFF-CE-DIA é constituída por 69 itens; a grelha IACTENFF-CE-HTA por 60 itens e a grelha IACTENFF CE-HIPO por 63 itens distribuídos por intervenções do tipo avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, procedimentos de controlo de infeção; procedimentos de continuidade de cuidados entre outros, que pretendem refletir o cuidado assistencial e não assistencial prestado na consulta de enfermagem à pessoa com DC, e o respetivo tempo necessário para a realização da consulta. As grelhas do IACTENFF–GDC estão alojadas na plataforma *on line* com o domínio <https://actenff.pt>. num repositório digital (RD) designado por Prevenção e Gestão da Doença Crónica (PGDC)

A plataforma está alojada num domínio com uma configuração protocolo de transferência de hipertexto seguro <https> (*Hyper Text, Transfer Secure*). A plataforma eletrónica foi testada no sentido de se verificar a viabilidade, dinâmica e segurança da proteção dos dados, bem como aperfeiçoar as suas potencialidades. No procedimento de testagem foram corrigidos pormenores mínimos da aplicabilidade prática

A plataforma é constituída por dez RD identificados por ícones ilustrativos das áreas de intervenção dos EF nos diversos programas nacionais de saúde e outras áreas de intervenção, tal como se pretende ilustrar pela figura 6 abaixo apresentada.

Figura 6 - Plataforma de recolha dados – ícones ilustrativos dos repositórios digitais

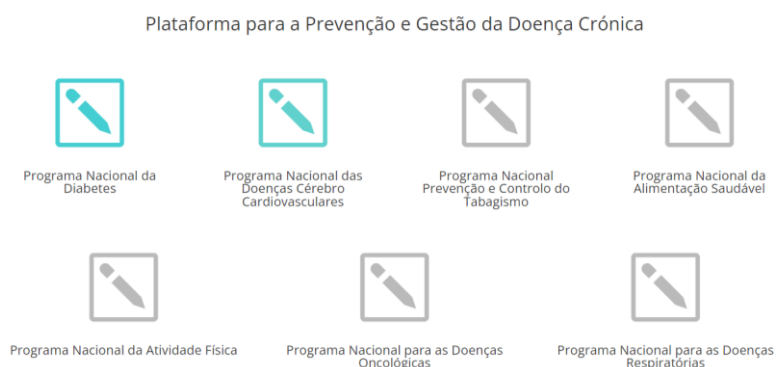


Fonte: produção própria

O repositório digital que se reporta à PGDC é composto por sete sub-repositórios (pastas) que alojam as respetivas grelhas correspondentes à GDC. Assim, no sub-repositório correspondente ao PNSD encontra-se alojada a grelha IACTENF-CE-DIA e os respetivos termos de Consentimentos Informado, Livre e Esclarecido. No que se refere ao PNDCCV encontram-se as grelhas IACTENFF-CE-HTA e IACTENFF-CE-HIPO.

Através da figura 7 é possível identificar os respetivos sub-repositórios (pastas) dos referidos programas. Encontra-se destacado a cor verde (os dois primeiros a contar da esquerda para a direita) os PNS que foram alvo desta investigação.

Figura 7 - Ícones ilustrativos dos sub-repositórios da PGDC



Fonte: produção própria

Definiu-se que todos os itens incluídos nas grelhas que compõem o instrumento IACTENFF- GDC são de registo obrigatório, mesmo aqueles em que opção foi de não (realizado), isto porque permitiu aos investigadores identificar que aquela intervenção em específico não foi realizada de forma intencional e não foi omissa ou esquecida.

Sempre que opção foi sim (realizado), abria automaticamente um campo onde era solicitado o registo do tempo de execução da intervenção, tal como pode ser verificado pela figura 8.

Figura 8 - Grelha IACTENFF-CE-DIA

The screenshot shows a web interface for a nursing consultation form. At the top, there are navigation links: 'Registar', 'Login / Logout', and 'Plataforma de Saúde'. The main title is 'Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes'. Below the title is a breadcrumb trail: 'Dados de Caracterização da Pessoa em Consulta / Processo de Enfermagem / Consentimento Informado do Utente (Ler Primeiro)'. The form contains several sections with radio button options and input fields:

- Contexto da Consulta ***
 - Unidade de Saúde
 - Domicílio
- 1.Avaliação Inicial ***
 - Sim
 - Não
- 2.Avaliar Altura ***
 - Sim
 - Não
- 2.1Tempo (em segundos)**
- 2.2Tempo (em minutos)**
- 3.Avaliar Peso ***

Fonte: produção própria

No repositório para a PGDG estão como anteriormente referido alojados sub-repositórios que contém as grelhas que permitem a identificação das intervenções realizadas pelos EF nas consultas à pessoa com doença crónica e simultaneamente determinar o tempo necessário à sua concretização. Assim, como os termos de CILE para o enfermeiro e para o utente. A figura abaixo mostra o exemplo do CILE utilizado ao utente.

Figura 9 - Consentimento informado ao utente



Fonte: produção própria

3.4.4. Procedimentos de Colheita de Dados

Antes de se dar início à recolha de dados realizou-se um contacto via telefone e posteriormente via correio eletrónico com enfermeiro(a) diretor(a) da ULS, e direção clínica do ACeS. O propósito foi solicitar/agendar uma reunião para dar a conhecer o estudo que se pretendia realizar. Na reunião com enfermeiro(a) diretor(a) deu-se a saber os objetivos do estudo, procedimentos necessários à sua execução e o tempo previsto para a concretização do mesmo. Solicitou-se à Sr.^a Enfermeira diretora a autorização para se contactar todos enfermeiros gestores das unidades funcionais dos ACeS e/ou os elementos dos conselhos técnicos/responsáveis das USF e UCSP.

A reunião com a direção clínica do ACeS teve também por objetivo dar a conhecer o estudo e os respetivos requisitos à sua implementação. A direção do ACeS sugeriu a apresentação do estudo numa das reuniões mensais em que estão presentes elementos dos conselhos técnicos de todas as unidades funcionais do ACeS. A reunião foi concretizada, fez-se uma apresentação com recurso ao *powerpoint*, onde se deu a conhecer a finalidade, os objetivos, os instrumentos de recolha de dados, tempo previsto de realização e outras informações importantes à concretização do estudo.

Os enfermeiros gestores e/ou elementos do conselho técnico foram contactados via telefone e ou *e-mail* no sentido de agendar uma reunião presencial com todos elementos da equipa de enfermagem que integram as USF e UCSP do respetivo CS. Posteriormente foram agendadas e realizadas quinze reuniões presenciais com as equipas de enfermagem constituídas pelos EF. Nestas reuniões foram dados a conhecer o objetivo do estudo, instrumentos e estratégias de recolha de dados e tempo previsto para a realização. Na apresentação do estudo teve-se o cuidado de reforçar junto dos EF que o que se pretendia era a identificação das intervenções por eles realizadas durante a consulta e o tempo necessário à sua concretização e não qualquer outro tipo de avaliação, nomeadamente a sua qualidade. Optou-se por este esclarecimento adicional no sentido de minimizar a reatividade dos participantes e melhorar a adesão ao estudo (Bonfim, 2014). No seguimento da reunião foi esclarecido e mostrado o instrumento de recolha de dados, assim como demonstrada a estratégia, nomeadamente, naquilo que é o acesso e o registo na plataforma - actenff.pt. Isto, porque, para aceder à plataforma actenff.pt era necessário aceder ao sítio web através de um endereço específico e fazer o respetivo registo com a criação de credenciais identificadas pelo nome do utilizador para *login* e respetiva *password*. No final da reunião foi entregue pessoalmente o endereço da plataforma e as respetivas instruções de uso em formato físico. Optou-se ainda posteriormente enviar os mesmos documentos via correio eletrónico ao cuidado do enfermeiro gestor e dos elementos dos conselhos técnicos.

O registo na plataforma consistiu na primeira ação que os EF teriam de realizar para se tornarem potenciais participantes. Depois de registados os EF eram novamente convidados a participar no estudo, esclarecidos acerca dos objetivos e duração do mesmo. Para se tornarem participantes efetivos os EF tiveram de aceitar participar acionado ícone “aceito participar” que os conduziu à continuidade do estudo no sítio web. Se acionassem o ícone “não quero participar” surgia uma mensagem automática que se reconsiderassem a participação no estudo poderiam fazê-lo a qualquer momento, bastaria que voltassem a aceder ao sítio actenff.pt através do endereço fornecido.

Aos que aceitaram participar o acesso à plataforma para recolha de dados foi feito exclusivamente através das credenciais (*login* e *password*) por eles criadas. A plataforma gera automaticamente um identificador (ID) do profissional para que não seja necessário repetir o processo de caracterização socioprofissional sempre que este aceda à plataforma.

Pretendeu-se identificar as intervenções e medir o tempo associado às mesmas, para tal consecução os EF tiveram de cronometrar/quantificar o tempo de cada intervenção realizada na consulta.

Os dados produzidos pelos EF foram automaticamente gravados e associados ao ID do utilizador e alojados numa base de dados web que posteriormente é exportada para ficheiro Excel®.

3.4.5. Procedimentos de Tratamento de Dados

Todos os dados recolhidos através das grelhas IACTENFF-CE-DIA, IACTENFF-CE-HTA e IACTENFF-CE-HIPO foram sistematizados numa folha de cálculo Excel® vinculados de acordo com os objetivos do estudo e das variáveis em análise. Em seguida procedeu-se à análise estatísticas com o recurso ao *software* IMB (*Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)® versão 26.0).

Tendo em consideração a natureza das variáveis em estudo, foram determinadas as frequências absolutas (n) e percentuais (%), as medidas de tendência central como médias, as medidas de variabilidade e dispersão como desvio padrão, amplitude de variação e coeficiente de variação. Na estatística inferencial utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos. A estatística paramétrica utilizou-se quando as variáveis de natureza quantitativa apresentavam uma distribuição normal e as variâncias populacionais fossem homogéneas (Pestana & Gageiro, 2014)

Utilizaram-se os seguintes testes:

Teste U de Mann-Whitney e o teste t de student para amostras independentes – para comparação de ordenação de médias de uma variável quantitativa em grupos de indivíduos diferentes (Marôco, 2018; Pestana & Gageiro, 2014). O teste de Kruskal-Wallis, o qual permitiu verificar a existência diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais. Assim, para localizar as diferenças estatísticas entre os grupos, efetuou-se o teste *pos hoc* (Pestana & Gageiro, 2014). A regressão é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa, a partir de uma ou mais variáveis de natureza intervalar ou rácio (Pestana & Gageiro, 2014). Como método de estimação na regressão, optou-se por método de regressão linear múltipla passo a passo (ou *stepwise regression*), que produz tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar variáveis preditoras da variável dependente (Pestana & Gageiro, 2014; Guimarães & Cabral, 2011) e nas quais, em cada passo, “os regressores que tenham sido incluídos no modelo ou dele excluídos em passos anteriores são reexaminados” (Guimarães & Cabral, 2011, p. 377).

De forma a prever a CT do EF com base no tempo despendido nas respectivas intervenções realizadas nas consultas à pessoa com DM, HTA e em HIPO realizou-se uma análise de regressão múltipla cujos principais pressupostos foram:

- 1ª etapa: selecionou-se as variáveis preditoras cuja frequência relativa é igual ou superior a 50% de execuções por parte dos enfermeiros
- 2ª etapa: eliminaram-se as variáveis preditoras com valores de correlação superior a 0.70.
- 3ª etapa: usou-se o método de inclusão *stepwise*, onde sempre que uma nova variável preditora entra no modelo é feita a análise da significância dessa variável, eliminando-se aquelas cuja capacidade de explicação é não-significativa ($p > 0.05$).

O processo repetiu-se até que as variáveis rejeitadas pelo modelo sejam não-significativas e as variáveis aceites pelo modelo sejam significativas ($p < 0.05$).

A validação cruzada do poder preditivo foi feita pelo coeficiente de determinação ajustado de Stein (Pestana & Gageiro, 2014, p.772; Field, 2015, p.222) comparativamente ao coeficiente de determinação obtido em cada modelo.

Para análise da influência das características socioprofissionais dos EF em que medida esta pode ser influenciadora da carga de trabalho dos mesmos considerou-se a estatística Eta ao quadrado. A relação entre uma variável quantitativa e uma variável qualitativa (nominal dicotómica) foi determinado pela estatística Eta η . Este valor ao quadrado η^2 é interpretado como a proporção da variação da variável dependente (e.g. CT) que é explicada pela variável independente (variáveis nominais dicotómicas). Assumiu-se valores entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1 maior é a intensidade da relação. Valores próximos de 0 indicam fraca associação e valores de $\eta^2 = 0$ indicam ausência de associação (Norouzian & Plonsky, 2018). Foi considerado o teste H Kruskal-Wallis, calcularam-se valores mínimos, máximos, média e desvio-padrão da carga de trabalho em função das diversas variáveis sociodemográficas dos clientes dos EF por área clínica.

As intervenções dos EF preditoras da CT na consulta à pessoa com DC foram determinadas pelos seguintes pressupostos: As correlações fortes ($0,70 \leq r \leq 0,89$); correlações moderadas ($0,40 \leq r \leq 0,69$) e correlações fracas ($0,20 \leq r \leq 0,39$) são estabelecidas com as variáveis.

Realizou-se a correlação entre as cargas de trabalho dos EF das três áreas clínica, para tal recorreu-se à correlação de Spearman.

Consideraram-se os seguintes pressupostos:

- 1) Cada enfermeiro foi posicionado em apenas numa consulta de vigilância; AC1; AC2 e AC3
- 2) Sempre que um EF registou as intervenções realizadas em mais que uma consulta na mesma área clínica lhe foi atribuída a média das CT. Por exemplo, se um enfermeiro registasse as seguintes cargas de trabalho (segundos), decorrentes de intervenções na consulta à pessoa em HIPO: 608, 1107 e 1060 foi atribuída a CT de 9925 segundos.
- 3) Vários EF realizaram e registaram consultas nas três áreas clínicas. Assim o posicionamento da CT de um EF por consulta deveu-se à maior carga de trabalho que cada EF apresentou nas três áreas clínicas. (e.g. um enfermeiro que registasse uma média da carga de trabalho de 1870 segundos na consulta à pessoa com DM, 1060 segundos na consulta à pessoa com HTA e 925 segundos na consulta à pessoa em HIPO, foi colocado na consulta à pessoa com DM, dado apresentar o valor da CT mais elevado.

Procurou-se entender qual a distribuição das cargas de trabalho por domínios e subdomínios no âmbito dos cuidados assistenciais e não assistenciais nas respetivas áreas clínicas para efeito recorreu-se ao coeficiente de Gini e Curva de Lorenz. O coeficiente de Gini foi criado pelo matemático italiano Conrado Gini. É um instrumento estatístico que permite medir a desigualdade de uma distribuição. Os valores deste coeficiente são representados entre 0 e 1. Quanto mais o valor se aproxima de 0 menor é a desigualdade. Quando o valor é igual a 1, significa que a desigualdade atinge o seu máximo. O índice de Gini foi criado com base na curva de Lorenz; o numerador é a área entre a curva de distribuição de Lorenz e a linha de distribuição uniforme (Erdenee, Paramita, Yamazaki & Koyama, 2017; Yu, Yu, He, & Lu., 2021).

Consideraram-se os seguintes procedimentos para o cálculo coeficiente de Gini e curva de Lorenz.

Que permitem medir o grau de distribuição das cargas de trabalho dos EF recorrendo ao coeficiente de Gini (G) e à curva de Lorenz. No contexto do presente estudo, o coeficiente de Gini foi usado na medição do grau de distribuição da carga de trabalho dos EF. Com isto pretendeu-se mostrar a magnitude das iniquidades no trabalho do EF. Adotou-se a seguinte escala de classificação:

- | | |
|---|-----|
| $G=0$, distribuição de perfeita igualdade na carga de trabalho | [1] |
| $G \leq 0,2$, distribuição com reduzida desigualdade na carga de trabalho | [2] |
| $0,2 < G \leq 0,3$, distribuição com relativa igualdade na carga de trabalho | [3] |
| $0,3 < G \leq 0,4$, distribuição com adequada igualdade na carga de trabalho | [4] |

0,4<G≤0,5, distribuição com moderada desigualdade na carga de trabalho	[5]
G>0,5, distribuição com grande desigualdade na carga de trabalho	[6]
G=1, distribuição com perfeita desigualdade na carga de trabalho	[7]

3.4.6. Resultados

Apresentam-se os resultados do estudo por área clínica (AC1, AC2 e AC3) evidenciando-se para cada uma dessas áreas clínicas os resultados obtidos em termos de caracterização dos participantes (EF e utentes), intervenções realizadas nas consultas de carácter assistencial e não assistencial, intervenções preditoras da carga de trabalho e modelo de previsão da carga de trabalho. Posteriormente apresentam-se os resultados para a área clínica AC4 na qual se pretendem representar a DC na sua totalidade.

3.4.6.1 Área clínica 1 – Consulta de Enfermagem à Pessoa com DM

O acompanhamento regular e contínuo da pessoa portadora DM justifica a necessidade da consulta de enfermagem. A consulta de enfermagem à pessoa/família portadora de DM tem por objetivo principal capacitá-la para a autogestão da doença, monitorização, avaliação e o tratamento de complicações e estabelecer um plano educativo e terapêutico individualizado.

3.4.6.1.1. Caracterização da Amostra – Enfermeiros de Família

Participaram no estudo 44 enfermeiros de família dos quais 95,5% são do sexo feminino e 4,5% do sexo masculino, com idade média de 43 anos, sendo a mínima de 33 anos e máxima de 61 anos. Dos 44 enfermeiros que participaram no estudo 84,1% detém o grau académico de licenciado, 13,6% possui grau de mestre e 2,3% o grau de bacharel. Destes EF 34% detém formação pós-graduada dos quais 25% tem formação pós-graduada em Enfermagem de Saúde Familiar; Gestão de serviços de enfermagem; Cuidados paliativos, entre outras. Quanto ao título profissional verifica-se que 77,3% detém título de enfermeiro, e 22,7% detém título de enfermeiro especialista. Quanto ao vínculo profissional constatou-se que 54,5% encontram-se em contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, 36,4% em contrato individual de trabalho sem termo, 6,8% em contrato a termo incerto e 2,3% em contrato de trabalho a termo certo. As horas de trabalho semanais variam entre 20h

(2,3%), 35h (93,2%) e 40h (4,5%). Todos os participantes têm como entidade patronal a Administração Regional de Saúde do Norte. Participaram no estudo enfermeiros de família de 11 dos 12 CS que constituem o ACeS.

3.4.6.1.2. Caracterização da Amostra: Pessoas com DM

A amostra foi constituída por 242 utentes, sendo 54,5% do sexo masculino e 45,5% do sexo feminino. No que se refere ao estado civil verificou-se que 66,9% dos participantes são casados, 17,4% viúvos, 9,5% solteiros, 3,7% divorciados/separados e 2,5% vivem em união de facto. Quanto ao nível de instrução verificou-se que 53,7% das pessoas concluíram o 1º ciclo de ensino, 25,6% são analfabetos, 8,7% terminaram o 2º ciclo, 4,1% detém o 3º ciclo e o ensino superior e 3,7% concluíram o ensino secundário. Face à situação profissional e fonte de rendimento verificou-se que 63,2% dos participantes estão reformados, sendo que a fonte de rendimento é a pensão ou reforma, 15,7% encontram-se desempregados e recebem o subsídio de desemprego, 15,3% estão ativos correspondendo a fonte de rendimento o ordenado mensal e 5,8% estão sem trabalho remunerado, ou não referem rendimento mensal. No que diz respeito ao agregado familiar constatou-se que 55,8% dos participantes são casais e vivem numa tipologia familiar do tipo casal, 15,3% é constituída por casal e filhos que corresponde à tipologia nuclear, 13,6% vivem sozinhos em que a tipologia familiar é unipessoal, 7,9% é constituído por pais, filhos e netos sendo considerada família alargada, 6,2% é constituída apenas por uma figura parental e filho (s) classificada como família monoparental e 1,2% reside em lar ou família de acolhimento em que a tipologia familiar é institucional. O local de residência dos participantes é de 88,4% em zona rural e 11,6% em zona urbana. Quanto ao tipo de habitação verificou-se que 93,4% residem em edifício tipo moradia/vivenda, 3,3% em andar, 2,9% em parte de moradia ou vivenda e 0,4% em estrutura residencial para idosos (ERPI). Quanto à forma de deslocação ao CS/unidade de saúde constatou-se que 61,6% deslocou-se em carro próprio, 15,7% a pé, 11% recorre ao serviço de táxi, 6,2% utiliza o transporte público, 4,5% utiliza o carro de familiares e 1,2% usa o carro da instituição onde residem e/ou da família de acolhimento. Face ao nível de autonomia na mobilidade verificou-se que 83,9% dos participantes são independentes, 7,4 % são independentes com limitação, 5,4% usam bengala, 2,5% utilizam muleta ou canadiana, 0,4% utilizam bengala quadripé e/ou cadeira de rodas. No que se reporta a multimorbilidade verifica-se que 100% da amostra é portadora de duas ou mais doenças do sistema cardiovascular, endócrino, cerebrovascular, oftalmológico, oncológico, psíquico,

osteomuscular, respiratório, gastrointestinal, neurológico ou dermatológico. Sendo que 70,2% manifesta duas doenças, 20,2% apresenta três, 7,9% tem quatro doenças e 1,7% apresenta 5 ou mais doenças.

3.4.6.1.3. Intervenções de Enfermagem: Domínio Assistencial na Consulta à Pessoa com DM

O domínio assistencial dos cuidados prestados pelos EF foi determinado a partir dos subdomínios: avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar.

As tabelas abaixo apresentadas mostram a frequência absoluta (*n*) e relativa (%) das intervenções realizadas pelos EF em cada subdomínio. Realçam-se a negrito as intervenções realizadas com maior frequência em cada domínio da prestação de cuidados.

3.4.6.1.4. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Avaliar

No âmbito das intervenções do subdomínio avaliar destaca-se avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso e regime dietético sendo realizadas pelos enfermeiros respetivamente a 76,9% e 74,4%. No que se refere a avaliar o comportamento de adesão do regime de exercício físico constata-se que esta foi realizada em 62,4% das consultas efetuadas. O conhecimento e a capacidade para a gestão do regime de exercício físico foram avaliados em 64% das consultas. Já a adesão ao regime terapêutico (avaliação dos itens regime dietético, regime medicamentoso e regime de exercício físico, em simultâneo, por utente) foi realizada em 57,4% das consultas. Quanto à avaliação do conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso e o regime de exercício físico foram ambas executadas em 54,1% das consultas. A avaliação do conhecimento sobre a DM e o potencial para melhorar o conhecimento situou-se nos 53,7% das consultas realizadas. Avaliar o conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre a autovigilância/autocontrolo dos pés foi de 53,3% e avaliação do risco de úlcera diabética foi realizada em 50,4% das consultas. Todas as restantes intervenções previamente sugeridas foram concretizadas no estudo, sendo que a sua frequência de realização se encontra abaixo dos 50%. No que se reporta às intervenções do tipo avaliar foram acrescentadas pelos EF duas intervenções á lista predefinida. Estas são apresentadas na Tabela 1 em itálico, e correspondem ao avaliar do autocuidado realizada em 3,3% das consultas e a avaliação do luto em 0,8%.

Tabela 1 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio avaliar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ AVALIAR				
Avaliar antecedentes pessoais	195	80,6	47	19,4
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre DM	112	46,3	130	53,7
Avaliar o consumo de álcool	163	67,4	79	32,6
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de álcool	202	83,4	40	16,6
Avaliar consumo de tabaco	186	76,9	56	23,1
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de tabaco	234	96,7	8	3,3
Avaliar consumo de outras substâncias	240	99,2	2	0,8
Avaliar comportamento de adesão ao regime dietético	62	25,6	180	74,4
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime dietético	87	36,0	155	64,0
Avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso	56	23,1	186	76,9
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso	111	45,9	131	54,1
Avaliar comportamento adesão ao regime de exercício físico	91	37,6	151	62,4
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime de exercício físico	111	45,9	131	54,1
Avaliar comportamento de adesão ao regime terapêutico	103	42,6	139	57,4
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime terapêutico	133	55,0	109	45,0
Avaliar conh, potencial e capacidade para realizar autovigilância /autocontrolo	208	86,0	34	14,0
Avaliar conhecimento sobre autovigilância/autocontrolo dos pés	113	46,7	129	53,3
Avaliar comportamento de adesão sobre autovigilância/ autocontrolo dos pés	127	52,5	115	47,5
Avaliar conhecimento sobre autovigilância/autocontrolo da glicemia capilar	185	76,4	57	23,6
Avaliar comportamento de adesão à autovigilância/ autocontrolo da glicemia capilar	179	74,0	63	26,0
Avaliar conhecimento sobre autovigilância/autocontrolo da pressão arterial	203	83,9	39	16,1
Avaliar comportamento de adesão à autovigilância/autocontrolo da pressão arterial	204	84,3	38	15,7
Avaliar conh, potencial e capacidade para autoadministração de medicamentos	213	88,0	29	12,0
Avaliar autoadministração de medicamentos (ex: insulina)	219	90,5	23	9,5
Avaliar adesão ao regime de imunização	130	53,7	112	46,3
Avaliar conh, potencial para melhorar o conh, sobre o regime de imunização	209	86,4	33	13,6
Avaliar conh, e potencial para aumentar conh, para a prevenção da úlcera diabética	151	62,4	91	37,6
Avaliar o risco de úlcera diabética	120	49,6	122	50,4
Avaliar a aceitação do estado de saúde	192	79,3	50	20,7
<i>Avaliar autocuidado</i>	234	96,7	8	3,3
<i>Avaliar luto</i>	240	99,2	2	0,8

3.4.6.1.5. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Monitorizar

Para identificar as intervenções de enfermagem do subdomínio monitorizar foram predefinidos 8 itens/intervenções, que dizem respeito à avaliação dos parâmetros antropométricos e fisiológicos dos participantes, nomeadamente monitorização do peso; altura, índice de massa corporal, pressão arterial, frequência cardíaca, parâmetros de urina, HbA1C. Todos os parâmetros sugeridos foram realizados. Verificou-se que a intervenção do tipo monitorizar pressão arterial e peso foram as realizadas com maior frequência, respetivamente com 98,8%, e 97,5%, IMC 93,4 %, frequência cardíaca em 92,6%, perímetro abdominal com 83,9% e monitorizar altura em 53,7%. A monitorização da hemoglobina glicada aconteceu em 31% das consultas e os parâmetros de urina em 2,5%. Neste subdomínio foram acrescentadas três intervenções pelos EF: avaliar glicemia capilar em 16,5%, monitorizar dor em 6,6% e monitorizar INR em 1,7% das consultas realizadas pelos EF. Estes itens/intervenções são apresentados na Tabela 2 em itálico, por terem surgido como necessidade de intervenção à pessoa no âmbito da consulta e não terem sido previamente definidos.

Tabela 2 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio monitorizar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ MONITORIZAR				
Monitorizar altura	112	46,3	130	53,7
Monitorizar peso	6	2,5	236	97,5
Monitorizar IMC	16	6,6	226	93,4
Monitorizar perímetro abdominal	39	16,1	203	83,9
Monitorizar pressão arterial	3	1,2	239	98,8
Monitorizar frequência cardíaca	18	7,4	224	92,6
Monitorizar parâmetros de urina	236	97,5	6	2,5
Monitorizar HbA1c	167	69,0	75	31,0
<i>Monitorizar glicemia capilar</i>	202	83,5	40	16,5
<i>Monitorizar INR</i>	238	98,3	4	1,7
<i>Monitorizar dor</i>	226	93,4	16	6,6

3.4.6.1.6. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Ensinar

Para este subdomínio foram previamente estabelecidas 19 intervenções, sendo que destas apenas três não foram realizadas em nenhuma das consultas. As intervenções propostas nunca realizadas foram: ensinar sobre a importância de realizar autovigilância, ensinar sobre complicações do consumo excessivo de álcool e ensinar sobre imunização.

Na Tabela 3 apresentam-se as intervenções do tipo ensinar que foram executadas. A intervenção com maior frequência de realização foram ensinar sobre a importância de adesão ao regime dietético com 70,7% de realizações, seguida por ensinar sobre a alimentação com 70,2%. Ensinar sobre DM correspondeu a 60,7% das intervenções efetivadas. Ensinar sobre a importância de adesão ao regime de exercício físico e ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso foram realizadas em 56,6% e 54,5% das consultas por esta ordem. As intervenções do tipo ensinar sobre exercício físico e ensinar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico foram concretizadas em 55,4% e 51,2% respectivamente.

Neste subdomínio dos cuidados foi acrescentada pelos EF a intervenção ensinar sobre o processo de luto, a qual se apresenta na Tabela 3 em itálico, visto não ter sido predefinida na grelha que constitui o instrumento de recolha de dados.

Tabela 3 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio ensinar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ ENSINAR				
Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso	110	45,5	132	54,5
Ensinar sobre a importância da autovigilância/autocontrolo da pressão arterial	203	83,9	39	16,1
Ensinar sobre a importância da autovigilância/autocontrolo dos pés	124	51,2	118	48,8
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime de exercício físico	105	43,4	137	56,6
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime dietético	71	29,3	171	70,7
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime terapêutico	118	48,8	124	51,2
Ensinar sobre a import, de adesão à autovigil/autocontrolo da glicemia capilar	195	80,6	47	19,4
Ensinar sobre a importância de realizar autovigilância	242	100	0	0
Ensinar sobre a prevenção de úlcera diabética	127	52,5	115	47,5
Ensinar sobre alimentação	72	29,8	170	70,2
Ensinar sobre autoadministração de medicamentos	218	90,1	24	9,9
Ensinar sobre DM	95	39,3	147	60,7
Ensinar sobre estratégias adaptativas	205	84,7	37	15,3
Ensinar sobre exercício físico	108	44,6	134	55,4
Ensinar sobre o malefício do consumo de substâncias	237	97,9	5	2,1
Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco	234	96,7	8	3,3
Ensinar sobre complicações do consumo excessivo de álcool	242	100	0	0
Ensinar sobre sinais de hipo e hiperglicemia	153	63,2	89	36,8
Ensinar sobre imunização	242	100	0	0
<i>Ensinar sobre processo de luto</i>	240	99,2	2	0,8

3.4.6.1.7. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Elaborar, Planear, Treinar, Promover, Administrar, Referenciar, Assistir, Incentivar e Executar

A Tabela 4 apresenta o conjunto das intervenções que foram realizadas no âmbito da consulta de enfermagem à pessoa com DM nos subdomínios elaborar, planear, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar. Estes subdomínios foram agrupados na mesma tabela devido ao reduzido número de intervenções proposta na grelha de avaliação para cada subdomínio.

Neste grupo de subdomínios do cuidado a intervenção realizada com maior frequência foi promover a adesão ao regime de imunização que se encontra no subdomínio promover correspondendo a 30,2%. Incentivar a comunicação das emoções foi realizada em 28,9% das consultas realizadas, esta intervenção integra o subdomínio incentivar. Dos nove itens previamente apresentados apenas o planear exercício físico não foi realizado em nenhuma das consultas. Verificou-se que foi acrescentada a intervenção executar tratamento que não estava predefinida, e que deu origem a um novo subdomínio que foi designado por executar. Administrar injetável foi outra intervenção que surgiu da necessidade de cuidados por parte dos utentes que veio integrar o subdomínio administrar. As novas intervenções e subdomínios originados a partir das intervenções dos enfermeiros de família são apresentadas na Tabela 4 em itálico.

Tabela 4 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio: elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ ELABORAR				
Elaborar plano de exercício físico	206	85,1	36	14,9
Elaborar plano alimentar	184	76,0	58	24,0
+PLANEAR				
Planear exercício físico	242	100	0	0
+TREINAR				
Treinar a autovigilância/autocontrolo (gc, pa)	231	95,5	11	4,5
+PROMOVER				
Promover a adesão ao regime de imunização	169	69,8	73	30,2
+ADMINISTRAR				
Administrar vacina	200	82,6	42	17,4
<i>Administrar injetável</i>	241	99,6	1	0,4
+REFERENCIAR				
Referenciar a outros profissionais de saúde	240	99,2	2	0,8
+ASSISTIR				
Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde	204	84,3	38	15,7

+INCENTIVAR				
Incentivar a comunicação das emoções	172	71,1	70	28,9
+EXECUTAR				
<i>Executar tratamento</i>	239	98,8	3	1,2

3.4.6.1.8. Intervenções de Enfermagem: Domínio Não Assistencial na Consulta à Pessoa com DM

As intervenções no domínio não assistencial foram identificadas a partir dos subdomínios acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados, documentação de cuidados.

3.4.6.1.9. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Acolhimento, Procedimentos de Controlo de Infeção, Procedimentos de Continuidade de Cuidados, Documentação de Cuidados

No domínio não assistencial foram considerados quatro subdomínios, para os quais não foram discriminadas as intervenções específicas a realizar. Foram apenas sugeridos alguns exemplos de possíveis intervenções a considerar relevantes para cada subdomínio, permitindo aos EF acrescentar todas aquelas que consideram como válidas para estes subdomínios e constituem o domínio não assistencial dos cuidados dos EF nas consultas de vigilância da DC.

Os dados colhidos permitem verificar que o subdomínio documentação de cuidados foi aquele que mais vezes foi concretizado correspondendo a 92,6% das consultas realizadas. Este subdomínio pode ser caracterizado pelos registos de enfermagem necessários à continuidade de cuidados, à referenciação interna, entre outros. Nos que diz respeito ao subdomínio acolhimento, que se caracteriza pela chamada e receção da pessoa em consulta foi realizada 90,1% das consultas efetuadas pelos enfermeiros de família. Os procedimentos de continuidade de cuidados que para efeitos de estudo foram considerados como referenciações externas (RNCCI entre outras) foram registados em 87,2%. Por último o subdomínio de procedimentos de controlo de infeção no qual se inclui a higienização das mãos, higienização de espaços e equipamentos, entre outros, foi realizado em 58,3% das consultas efetivadas.

Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados, documentação de cuidados

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ACOLHIMENTO				
Acolhimento da pessoa (chamada e receção)	24	9,9	218	90,1
+ PROCEDIMENTOS DE C. INFECCÃO				
Higienização (das mãos, hig dos espaços, etc)	101	41,7	141	58,3
+ PROCEDIMENTOS DE C. CUIDADOS				
Referenciação (RNCCI, UCC, etc,)	31	12,8	211	87,2
+ DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS				
Documentação de cuidados (registos, ref, interna)	18	7,4	224	92,6

3.4.6.1.10. Preditores da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com DM

Para determinar os preditores da CT dos EF na consulta à pessoa portadora de DM foram consideradas todas as intervenções realizadas no domínio assistencial e não assistencial identificadas nos respetivos subdomínios.

A Tabela 6 apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da carga de trabalho dos enfermeiros de família por subdomínios realizados. O número de itens em cada subdomínio refere-se ao número de enfermeiros que realizaram pelo menos uma intervenção do domínio. Os subdomínios mais representativos são avaliar, ensinar, documentação de cuidados, acolhimento e procedimentos de controlo de infeção, ao passo que os menos representativos são referenciar, assistir e administrar.

Carga de trabalho no subdomínio avaliar refere-se ao número de vezes que pelo menos uma intervenção do tipo avaliar foi realizada na consulta. O tempo mínimo de execução da totalidade das intervenções que integram o subdomínio avaliar foi de 10 segundos e o tempo máximo foi de 4995 seg. (83,25 min.). O tempo médio mais baixo registado do conjunto das intervenções realizadas encontrou-se no subdomínio assistir e foi de 73 seg. (1,2 min) O subdomínio continuidade de cuidados foi o mais realizado no domínio não assistencial onde se verificou um tempo médio de 208 seg. (3,5 min.) e tempo máximo de 1800 seg. (30 min.)

Tabela 6 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo por subdomínios relacionadas com a carga de trabalho por subdomínio

Carga de Trabalho (CT) /Subdomínio	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>S</i>	CV	Mín	Máx
CT avaliar	240	973	902,0	92,7	10	4995
CT monitorizar	240	386	414,5	107,4	7	3990
CT ensinar	236	751	551,3	73,4	50	3000
CT elaborar	68	255	209,5	82,2	60	1200
CT treinar	11	64	41,2	64,4	20	180
CT promover	72	67	47,2	70,4	1	240
CT administrar	43	104	108,5	104,3	3	600
CT referenciar	1	120	---	---	120	120
CT assistir	37	73	80,1	109,7	20	300
CT incentivar	66	148	135,7	91,9	10	600
CT executar	3	250	262,1	104,8	30	540
CT acolhimento	217	75	169,0	225,3	3	2400
CT procedimentos CI	140	113	164,2	145,3	2	1800
CT procedimentos CC	210	103	205,9	199,9	1	2400
CT documentação	221	208	205,9	99,0	10	1800
CT TOTAL (seg)	242	2665	1785,9	67,0	750	9420

A carga de trabalho do enfermeiro família foi considerada em dois domínios. O domínio assistencial que se reporta às atividades que o EF realiza em contato direto com utente e que passam por intervenções do tipo avaliar, monitorizar, ensinar entre outras, tal qual é possível verificar através da Tabela 6 e as intervenções de cuidados não assistenciais, tais como o acolhimento da pessoa, os procedimentos de controlo da infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e a documentação de cuidados também vulgarmente conhecida por registos de enfermagem. Embora estes cuidados possam ser realizados na presença ou não do utente eles representam um papel importante na condução da consulta e na efetividade e segurança dos cuidados. Verificou-se que a carga total dos cuidados assistenciais variou entre o valor mínimo de 750 seg. (12,5 min.) e valor máximo de 8160 seg. (136 min.) em que o valor médio foi de 2247 seg. (37,45 min.). Relativamente à carga de trabalho não assistencial variou entre 12 e 5040 seg. (84 min.) sendo o valor médio de 435 segundos (7, 25 min). A carga de trabalho do domínio assistencial foi calculada tendo por base (100%) a totalidade das consultas realizadas 242, contudo o tempo total não assistencial foi calculado a partir do contributo de 94,6% (229) consultas realizadas.

3.4.6.1.11. Modelo de Previsão do Cálculo da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com DM

Para o cálculo do modelo de previsão da carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com DM foram tidos em consideração os preditores da carga de trabalho no domínio assistencial e não assistencial mostrado na Tabela 6.

Para esta consulta foram gerados cinco modelos que permitem prever a carga de trabalho e estão apresentados na Tabela 7. Foi com base no coeficiente de determinação ajustado (dado não ser influenciado pelo número de variáveis independentes do modelo), que se pode afirmar que o modelo 1 é o menos explicativo da variação da carga de trabalho dos enfermeiros (cerca de 27%) e o modelo 5 é o mais explicativo (cerca de 73%). Percebe-se que o interesse poderá recair num dos modelos 3 a 5. Os modelos 1 e 2, em especial o modelo 1, não parecem ser adequados para prever a carga de trabalho dado a reduzida (abaixo de 30%) da capacidade explicativa da carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta de vigilância da pessoa com DM.

Tabela 7 - Resumo dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com DM

Modelo	R	R^2	R_a^2
1	0,530 (a)	0,281	0,270
2	0,725 (b)	0,525	0,510
3	0,793 (c)	0,629	0,610
4	0,846 (d)	0,716	0,697
5	0,866 (e)	0,750	0,729

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise de variância, a qual mede a qualidade do ajustamento global da equação de regressão do modelo. Verifica-se que os cinco modelos gerados são globalmente significativos ($p < 0,001$), rejeitando a hipótese nula dos coeficientes de regressão serem todos iguais a zero.

Tabela 8 - Análise de variância para a significância global dos modelos gerados

Modelo	F	p
1	24,662	<0,001
2	34,309	<0,001
3	34,419	<0,001
4	37,810	<0,001
5	35,353	<0,001

Para o modelo 1 apenas foi considerada a documentação de cuidados (intervenções do domínio não assistencial) para a sua definição. No modelo 2 foram validadas intervenções correspondendo uma ao domínio assistencial (monitorizar peso) e uma ao domínio não assistencial (documentação de cuidados). Ao modelo 3 foi acrescentada a intervenção monitorizar pressão arterial e ao modelo 4 em relação ao modelo 3 foi acrescentada a intervenção ensinar sobre alimentação. Por último aparece o modelo 5 que é composto por todas as intervenções já incluídas nos modelos anteriores e foi acrescentada a intervenção do tipo monitorizar perímetro abdominal.

A Tabela 9 apresenta a estimativa dos coeficientes de regressão não estandardizados, B (uma vez que todas as variáveis predictoras estão medidas na mesma unidade, para o efeito em segundos) e os seus erros-padrão (SE), o teste t , o valor p e o intervalo com 95% de confiança para os coeficientes de regressão das variáveis aceites no modelo. Em todas as variáveis, o teste t tem associado um valor $p < 0,05$, pelo que qualquer variável predictoras tem poder explicativo na carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa com DM, uma vez que o coeficiente de cada predictor é significativamente diferente de zero. Igualmente, em todas as variáveis o $IC_{95\%}(B)$ não contém o zero, conduzindo à rejeição da

hipótese nula (i.e., $H_0: \beta_i = 0$). Cada $\hat{\beta}_i$ é um coeficiente de regressão parcial, indicando a variação esperada na carga de trabalho por unidade de variação de uma variável predictoras, mantendo as outras variáveis predictoras constantes ou com os seus efeitos controlados. Uma vez que os coeficientes da regressão são não-estandardizados, significa que são expressos nas unidades próprias de cada variável predictoras, para o efeito em segundos. Assim, tomando como exemplo a variável predictoras monitorizar o perímetro abdominal no modelo 5, tem-se que por cada aumento de 1 segundo na carga de trabalho relativa à monitorização do perímetro abdominal, mantendo as restantes variáveis predictoras constantes, isto é, considerando apenas o efeito desta variável na carga de trabalho, prevê-se um aumento de, aproximadamente, 7,7 segundos na carga de trabalho total dos enfermeiros de família.

Como referido anteriormente, foram gerados 5 modelos. As intervenções que melhor predizem a carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com DM são: documentação de cuidados, monitorizar peso, monitorizar pressão arterial, ensinar sobre alimentação e monitorizar perímetro abdominal.

Tabela 9 - Modelos, preditores, coeficientes não-estandardizados, teste t, valor p e intervalos com 95% de confiança para B

Modelo	Constante e preditores	Coeficientes não-estandardizados		T	P	IC _{95%} (B)	
		B	SE (B)			L,Inf	L,Sup,
1	(Constante)	1590,651	113,470	14,018	<0,001*	1363,899	1817,403
	Documentação de cuidados	3,477	0,700	4,966	<0,001*	2,078	4,876
2	(Constante)	1220,463	113,758	10,729	<0,001*	993,063	1447,862
	Documentação de cuidados	3,365	0,574	5,862	<0,001*	2,217	4,512
	Monitorizar peso	9,508	1,684	5,645	<0,001*	6,142	12,875
3	(Constante)	1122,009	104,221	10,766	<0,001*	913,605	1330,413
	Documentação de cuidados	3,212	0,513	6,260	<0,001*	2,186	4,238
	Monitorizar peso	9,597	1,502	6,389	<0,001*	6,593	12,600
	Monitorizar pressão arterial	0,855	0,208	4,119	<0,001*	0,440	1,271
4	(Constante)	915,365	103,735	8,824	<0,001*	707,864	1122,865
	Documentação de cuidados	2,283	0,502	4,553	<0,001*	1,280	3,286
	Monitorizar peso	10,391	1,337	7,770	<0,001*	7,716	13,066
	Monitorizar pressão arterial	0,868	0,183	4,741	<0,001*	0,502	1,235
	Ensinar sobre alimentação	3,037	0,707	4,295	<0,001*	1,623	4,452
5	(Constante)	766,448	111,468	6,876	<0,001*	543,401	989,495
	Documentação de cuidados	2,120	0,478	4,432	<0,001*	1,163	3,077
	Monitorizar peso	6,974	1,752	3,982	<0,001*	3,469	10,479
	Monitorizar pressão arterial	0,857	0,173	4,944	<0,001*	0,510	1,204
	Ensinar sobre alimentação	3,612	0,700	5,162	<0,001*	2,212	5,012
	Monitorizar perímetro abdominal	7,681	2,721	2,822	0,006	2,236	13,126

Variável dependente: carga de trabalho (seg) na consulta à pessoa com DM
 IC_{95%} (B) – intervalo com 95% de confiança para os coeficientes não-estandardizados
 L,Inf – limite inferior, L,Sup. – limite superior

Em cada modelo, a previsão da carga de trabalho dos enfermeiros de família é obtida pela estimação da respetiva equação de regressão apresentada na Tabela 10. Estas equações explicam a variação na carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa com DM, para qualquer erro tipo I do analista, ou seja, $P(\text{Erro Tipo I}) = P(\text{rejeitar } H_0 | H_0 \text{ verdadeira})$, conforme teste F apresentado na Tabela 9.

Tabela 10 - Equações de regressão estimada dos modelos gerados para cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com DM

Modelo 1	$CT_1 = 1590.651 + 3.477 \times Q66$ (113.470) (0.700)
Modelo 2	$CT_2 = 1220.463 + 3.365 \times Q66 + 9.508 \times Q3$ (113.758) (0.574) (1.684)
Modelo 3	$CT_3 = 1122.009 + 3.212 \times Q66 + 9.597 \times Q3 + 0.855 \times Q6$ (104.221) (0.513) (1.502) (0.208)
Modelo 4	$CT_4 = 915.365 + 2.283 \times Q66 + 10.391 \times Q3 + 0.868 \times Q6 + 3.037 \times Q46$ (103.735) (0.502) (1.337) (0.183) (0.707)
Modelo 5	$CT_5 = 766.448 + 2.120 \times Q66 + 6.974 \times Q3 + 0.857 \times Q6 + 3.612 \times Q46 + 7.681 \times Q5$ (111.468) (0.478) (1.752) (0.173) (0.700) (2.721)

Modelo que melhor prediz a carga de trabalho na consulta à pessoa com DM: Exemplo prático

Tomando por exemplo o modelo 5 que é aquele que melhor prediz a carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com DM, apresenta-se um exemplo prático para melhor compreensão.

Na tabela 11 é representada uma distribuição hipotética do tempo despendido pelo EF, nas intervenções que melhor explicam o modelo de previsão do tempo de consulta à pessoa com DM. Tomou-se como exemplo um EF que registou os seguintes tempos: documentação de cuidados – 140 seg; monitorizar peso – 40 seg; monitorizar pressão arterial – 135 seg; ensinar sobre alimentação – 150 seg e monitorizar perímetro abdominal – 45 seg.

Assim, considerando como exemplo o modelo 5, a carga de trabalho global de um enfermeiro é de:

$$CT_5 = 766.448 + 2.120 \times 140 + 6.974 \times 40 + 0.857 \times 135 + 3.612 \times 150 + 7.681 \times 45 = 2345 .$$

Portanto, 2345 segundos = 39.1 minutos \approx 0.65 horas.

Tabela 11 - Distribuição hipotética do cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com DM

Intervenção de enfermagem	Tempo despendido
Documentação de cuidados	140
Monitorizar peso	40
Monitorizar pressão arterial	135
Ensinar sobre alimentação	150
Monitorizar perímetro abdominal	45

Os resultados apresentados na Tabela 12 mostra uma vez que a diferença o coeficiente de determinação e o coeficiente de Stein é pequena (inferior a 5%), pode-se considerar que a validação cruzada de cada modelo é boa. Atente-se como exemplo, o modelo 5. Caso o modelo fosse derivado da população em vez de uma amostra, apenas 4,9% da variância da carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa com DM não seria explicada, o que parece denotar uma boa validação cruzada. Desta forma, é com alguma segurança que se podem generalizar os resultados obtidos para a população de enfermeiros de família que exerce atividade em USF/UCSP que realizam consultas à pessoa com DM.

Tabela 12 - Validação cruzada dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com DM

Modelos	$R^2_{a\ Stein}$	$R^2 - R^2_{a\ Stein}$
1	0,247	0,035 \approx 3,5%
2	0,486	0,039 \approx 3,9%
3	0,585	0,044 \approx 4,4%
4	0,672	0,044 \approx 4,4%
5	0,701	0,049 \approx 4,9%

3.4.6.2. Área Clínica 2 - Consulta de Enfermagem à Pessoa com HTA

A consulta de vigilância à pessoa com HTA visa, aconselhar a pessoa, os seus familiares e outros cuidadores a promover a aceitação do estado de saúde; promover a capacitação para a autogestão e adesão ao regime terapêutico, apoiar o desenvolvimento de competências de autocontrolo da doença crónica; identificar fatores de risco cardiovascular e atuar no sentido de os minorar/ eliminar; referenciar para cuidados especializados, sempre que necessário, com acompanhamento simultâneo da situação em continuidade de cuidados.

3.4.6.2.1. Caracterização da Amostra: Enfermeiros de Família

Participaram no estudo 29 EF provenientes de 11 unidades funcionais do ACeS em estudo. A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros de sexo feminino 98,6% e 3,4% do sexo masculino. A idade média dos participantes situou-se nos 43,6 anos de idade correspondendo a idade mínima a 35 anos e a idade máxima 61 anos. Todos EF detêm o grau de licenciado 100%, dos quais 17,2% possuem também grau de mestre e 31,0% obtiveram formação pós-graduada. No que se reporta à formação pós-graduada verifica-se que 55,4% é em enfermagem de saúde familiar, 22,2% em cuidados paliativos, 11,2% em saúde mental e psiquiatria e 11,2% em enfermagem de saúde comunitária. Relativamente ao vínculo profissional constatou-se que 58,6% encontram-se em regime de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, 34,5% em contrato individual de trabalho sem termo e 6,9% em contrato de trabalho a termo incerto. São detentores de título profissional de enfermeiros especialista 20,3% dos EF que participaram no estudo, dos quais 82,4% é especialista em enfermagem de saúde familiar, 8,8% em enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem de saúde comunitária respetivamente. Quanto ao período de trabalho verificou-se que 96,6% da amostra realiza 35h de trabalho semanais e 3,4% realiza 20h de trabalho.

Quanto à tipologia da unidade funcional constatou-se que 72,4% trabalha em USF e 27,6% em UCSP.

3.4.6.2.2. Caracterização da Amostra: Pessoas com HTA

A amostra foi constituída por 187 utentes, da qual 61% do sexo feminino e 39% do sexo masculino. No que se refere ao estado civil verifica-se que 65,2% dos sujeitos são casados, 21,9% viúvos, 9,1% solteiros, 2,1% vivem em união de facto e 1,6% divorciados/separados. Quanto ao nível de instrução constatou-se que 55,6% concluíram o 1º ciclo de ensino, 20,3% não frequentaram qualquer nível de ensino, 10,7% concluíram o 2º ciclo, 7,5% detêm o 3º ciclo, 4,3% concluiu o ensino secundário e 1,6% conclui o ensino superior. Face à situação profissional e fonte de rendimento verificou-se que 63,6% dos participantes estão reformados, sendo que a fonte de rendimento é a pensão ou reforma, 16% encontram-se desempregados e recebem o subsídio de desemprego, 16% estão ativos correspondendo a fonte de rendimento o ordenado mensal e 4,3% não referem rendimento mensal. No que diz respeito ao agregado familiar constatou-se que 54,5% dos participantes são casais estando enquadrando-se na tipologia familiar casal, 1,1% são famílias reconstruídas, 16% é constituída por casal e filhos que corresponde à tipologia nuclear, 16% vivem sozinhos em que a tipologia familiar é unipessoal, 8% é constituído por pais, filhos e netos sendo considerada família alargada, 3,7% é constituída apenas por uma figura parental e filho (s) o que a define como família monoparental e 1,6% reside em lar ou família de acolhimento em que a tipologia familiar é institucional. O local de residência dos participantes é de 88,2% em zona rural e 11,8% em zona urbana. Quanto ao tipo de habitação verificou-se que 91,4% residem em edifício tipo moradia/vivenda, 3,7% em andar, 3,2% em parte de moradia ou vivenda e 1,6% em ERPI. Quanto à forma de deslocação ao CS/unidade de saúde 56,1% desloca-se em carro próprio, 19,8% a pé, 11,8% recorre ao serviço de táxi, 5,9% utiliza o transporte público e 6,4% utilizam o carro de familiares ou carro da instituição onde residem e/ou da família de acolhimento. Face ao grau de dependência na mobilidade constatou-se que 84% dos participantes são independentes, 9,2% são independentes com limitação, 3,7% usam bengala, 2,1% utilizam muleta ou canadiana e 0,5% utilizam andarilho ou cadeira de rodas.

No que se reporta à multimorbilidade verificou-se no estudo que 100% da amostra é portadora de duas ou mais doenças do sistema cardiovascular, endócrino, cerebrovascular, oftalmológico, oncológico, psíquico, osteomuscular, respiratório, gastrointestinal,

neuroológico ou dermatológico. Sendo que 78,1% da amostra apresenta duas doenças e 17,1% três doenças. Com quatro ou mais doenças é verificado em 4,3% da amostra e com cinco ou mais doenças acomete 0,5% dos participantes.

3.4.6.2.3. Intervenções de Enfermagem: Domínio Assistencial na Consulta à Pessoa com HTA

As Tabelas abaixo apresentadas mostram a frequência absoluta e relativa das intervenções realizadas pelos EF no âmbito da prestação de cuidados assistenciais aos utentes em consulta de vigilância de HTA. A atividade assistencial foi produzida nos subdomínios: avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar.

3.4.6.2.4. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Avaliar

O subdomínio avaliar é constituído por 25 itens predefinidos, sendo que avaliar comportamento de adesão ao regime dietético e regime medicamentoso situaram-se nos 71,1%, e 69,0% das intervenções realizadas. Avaliar conhecimento potencial e capacidade para gerir regime dietético foi realizado em 62,0% das consultas. Com 56,7% de realizações encontra-se o avaliar a adesão ao regime de imunização. O comportamento de adesão ao regime terapêutico e o comportamento de adesão ao regime de exercício físico foram avaliados em 54,5% e 53,5% respetivamente. Neste subdomínio foram realizadas todas as intervenções previamente estabelecidas. Concomitantemente, foram acrescentadas 3 intervenções que foram realizadas pelos enfermeiros de família, estando estas destacadas em itálico na Tabela 13, sendo que a mais representativa foi avaliar risco de DM tipo 2.

Tabela 13 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio avaliar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ AVALIAR				
Avaliar antecedentes pessoais	168	89,8	19	10,2
Avaliar conhecimento sobre doença	104	55,6	83	44,4
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre processo patológico	126	67,4	61	32,6
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento para prevenir HTA	103	55,1	84	44,9

Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de saúde	100	53,5	87	46,5
Avaliar consumo de álcool	133	71,1	54	28,9
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de álcool	174	93,0	13	7,0
Avaliar consumo de tabaco	128	68,4	59	31,6
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de tabaco	177	94,7	10	5,3
Avaliar comportamento de adesão ao regime de exercício	87	46,5	100	53,5
Avaliar conhecimento potencial e capacidade para gerir regime de exercício	99	52,9	88	47,1
Avaliar comportamento de adesão ao regime dietético	56	29,9	131	70,1
Avaliar conhecimento potencial e capacidade para gerir regime dietético	71	38,0	116	62,0
Avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso	58	31,0	129	69,0
Avaliar conhecimento potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso	100	53,5	87	46,5
Avaliar o comportamento de adesão ao regime terapêutico	85	45,5	102	54,5
Avaliar o conhecimento potencial e capacidade para gerir regime terapêutico	112	59,9	75	40,1
Avaliar o comportamento de adesão à autovigilância/autocontrolo (ex, PA)	140	74,9	47	25,1
Avaliar o conhecimento potencial e capacidade para realizar autovigilância/autocontrolo	151	80,7	36	19,3
Avaliar o conh, e potencial para melhorar conhecimento sobre obesidade/excesso de peso	165	88,2	22	11,8
Avaliar a aceitação do estado de saúde	141	75,4	46	24,6
Avaliar a adesão ao regime de imunização	81	43,3	106	56,7
Avaliar o conh, e potencial para melhorar conhecimento sobre imunização	160	85,6	27	14,4
Avaliar conh, e potencial para melhorar o conh, sobre estratégias farmacol, alívio da dor	174	93,0	13	7,0
Avaliar dor	133	71,0	54	28,9
<i>Avaliar risco de DM tipo 2</i>	<i>166</i>	<i>88,8</i>	<i>21</i>	<i>11,2</i>
<i>Avaliar autocuidado</i>	<i>177</i>	<i>94,7</i>	<i>10</i>	<i>5,3</i>
<i>Avaliar risco de queda</i>	<i>186</i>	<i>99,5</i>	<i>1</i>	<i>0,5</i>

3.4.6.2.5. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Monitorizar

Neste subdomínio foram realizados todos os itens antecipadamente definidos para o subdomínio monitorizar. A intervenção realizada a 100% foi a do tipo monitorizar pressão arterial, seguida de monitorizar peso com 96,3% e monitorizar frequência cardíaca com 94,1%. Com 88,8% verificou-se a monitorizar do IMC e com 74,5% a monitorizar perímetro abdominal. A altura foi monitorizada em 57,8% das consultas. Neste subdomínio foi acrescentada a intervenção monitorizar *INR* que é apresentado na Tabela 14 em itálico.

Tabela 14 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio monitorizar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+MONITORIZAR				
Monitorizar altura	79	42.2	108	57.8

Monitorizar peso	7	3.7	180	96.3
Monitorizar IMC	21	11.2	166	88.8
Monitorizar perímetro abdominal	46	24.6	141	75.4
Monitorizar pressão arterial	0	0	187	100.0
Monitorizar frequência cardíaca	11	5.9	176	94.1
<i>Monitorizar INR</i>	186	99,5	1	0,5

3.4.6.2.6. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Ensinar

O subdomínio ensinar é composto por 17 intervenções. Ensinar sobre a importância da adesão ao regime dietético afigurou-se como a intervenção mais realizada com 66,8%, logo seguida de ensinar sobre HTA com 64,2%. A intervenção ensinar sobre hábitos de saúde foi concretizada em 56,1% e ensinar sobre a importância da adesão ao regime de exercício físico foi realizada em 54,5%. Todas as intervenções que foram predefinidas na grelha de registo para este subdomínio foram realizadas neste estudo.

Tabela 15 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio ensinar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ENSINAR				
Ensinar sobre HTA	67	35,8	120	64,2
Ensinar sobre hábitos de saúde	82	43,9	105	56,1
Ensinar sobre complicações do consumo excessivo de álcool	175	93,6	12	6,4
Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco	177	94,7	10	5,3
Ensinar sobre a importância da adesão ao regime de exercício físico	85	45,5	102	54,5
Ensinar sobre a importância da adesão ao regime dietético	62	33,2	125	66,8
Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso	103	55,1	84	44,9
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime terapêutico	107	57,2	80	42,8
Ensinar a importância de realizar autovigilância/autocontrolo	141	75,4	46	24,6
Ensinar sobre o processo patológico	158	84,5	29	15,5
Ensinar sobre alimentação	100	53,5	87	46,5
Ensinar sobre complicações do processo patológico obesidade	164	87,7	23	12,3
Ensinar sobre padrão alimentar	124	66,3	63	33,7
Ensinar sobre estratégias adaptativas	156	83,4	31	16,6
Ensinar sobre imunização (vacinas)	150	80,2	37	19,8
Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime de imunização	166	88,8	21	11,2
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor	171	91,4	16	8,6

3.4.6.2.7. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Elaborar, Planear, Treinar, Promover, Administrar, Referenciar, Assistir, Incentivar e Executar

Na Tabela 16 estão agrupadas as intervenções de carácter assistencial que dizem respeito aos vários subdomínios do cuidar considerados para este estudo. Na grelha que permite a recolha de dados foram predefinidas um número reduzido de intervenções para estes subdomínios do cuidado, deixando-se à liberdade do EF acrescentar aquelas que realizasse no âmbito da consulta. Foram também em número reduzido as intervenções acrescentadas pelos EF daí se ter optado por apresentá-las agrupadas na mesma tabela.

Verificou-se que em 28,3 % das consultas foi realizada a intervenção incentivar a comunicação das emoções que está predefinida no subdomínio incentivar. No subdomínio assistir, onde se inclui a intervenção assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde, foi realizada em 22,5%. As intervenções propostas nos subdomínios elaborar, treinar e promover não foram realizadas em nenhuma das consultas neste estudo. O subdomínio executar surge face à necessidade de realizar um tratamento à ferida, à semelhança do administrar injetável que integra o subdomínio administrar que já estava previamente definido como subdomínio, mas não como intervenção. As intervenções que foram acrescentadas pelos EF aparecem na Tabela 16 em itálico.

Tabela 16 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado nos subdomínios: elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ ELABORAR				
Elaborar plano de exercício físico	187	100	0	0
Elaborar plano alimentar	187	100	0	0
+ TREINAR				
Treinar a autovigilância/autocontrolo	187	100	0	0
+ PROMOVER				
Promover a adesão ao regime de imunização	187	100	0	0
+ ADMINISTRAR				
Administrar vacina	154	82,4	33	17,6
<i>Administrar injetável</i>	186	99,5	1	0,5
+ REFERENCIAR				
Referenciar a outros profissionais de saúde	185	98,9	2	1,1
+ASSISTIR				
Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde	145	77,5	42	22,5
+INCENTIVAR				
Incentivar a comunicação das emoções	134	71,7	53	28,3
+EXECUTAR				
<i>Executar tratamento</i>	185	98,9	2	1,1

3.4.6.2.8. Intervenções de Enfermagem: Domínio Não Assistencial na Consulta à Pessoa com HTA

As intervenções no domínio não assistencial foram obtidas através de quatro subdomínios: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados tal como é visível na Tabela 17.

3.4.6.2.9. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Acolhimento, Procedimentos de Controlo de Infeção, Procedimentos de Continuidade de Cuidados, Documentação de Cuidados

No domínio não assistencial foram considerados quatro subdomínios para os quais não foram discriminadas as intervenções específicas a realizar. Foram apenas sugeridos alguns exemplos de possíveis intervenções consideradas relevantes para cada subdomínio, permitindo aos enfermeiros de família acrescentarem todas aquelas que consideram como válidas para estes subdomínios.

Os dados permitem concluir que o subdomínio documentação de cuidados foi aquele que mais vezes foi concretizado correspondendo a 92,5% das consultas efetuadas. Este subdomínio pode ser caracterizado pelos registos de enfermagem necessários à continuidade de cuidados, à referenciação interna, entre outros. No que diz respeito ao subdomínio acolhimento e que se considera, entre outros, a chamada e receção da pessoa foi realizada 89,8% das consultas. Os procedimentos de continuidade de cuidados que para efeitos de estudo foram considerados como referenciações externas (RNCCI entre outras) foram registadas 76,5%. Por último o subdomínio procedimentos de controlo de infeção na qual se inclui a higienização das mãos, higienização de espaços e equipamentos, entre outros, foi realizada em 43,3% das consultas efetivadas.

Tabela 17 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ ACOLHIMENTO				
Acolhimento da pessoa (chamada e receção)	19	10,2	168	89,8
+ PROCEDIMENTOS DE C. DE INFEÇÃO				
Higienização (mãos, espaços, etc.)	106	56,7	81	43,3
+ PROCEDIMENTOS DE C. DE CUIDADOS				
Referenciação (RNCCI, UCC, etc.)	44	23,5	143	76,5

3.4.6.2.10. Preditores da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família na Consulta à Pessoa com HTA

A Tabela 18 apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa com HTA, por domínio de cuidados e no total da carga de trabalho. O número de itens em cada domínio refere-se ao número de EF que realizaram as intervenções propostas para cada subdomínio em que pelo menos uma variável do domínio de cuidados foi realizada. Os subdomínios mais representativos são avaliar, monitorizar, ensinar, assistir, incentivar, executar, referir administrar, procedimentos de CI, procedimentos de CC, acolhimento e documentação de cuidados tendo sido menos representativo o subdomínio referenciar (sem qualquer registo). O tempo máximo que os enfermeiros necessitaram para a realização das intervenções foi de 7805 seg. (130 min.) no subdomínio ensinar e o tempo mínimo encontrado foi no subdomínio administrar e procedimentos de controlo de infeção, ambos com tempo de 1 seg.

Tabela 18 - Distribuição por média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nos itens relacionadas com a carga de trabalho por subdomínio

Carga de Trabalho (CT)/subdomínio	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>s</i>	CV	Mín	Máx
CT avaliar	187	1036	1062,0	102,5%	30	4560
CT monitorizar	187	379	329,4	86,9%	50	1440
CT ensinar	186	779	777,9	100,1%	60	7805
CT assistir	42	113	106,9	94,6%	15	600
CT incentivar	55	163	151,8	93,1%	6	900
CT executar	1	900	---	---	900	900
CT referir	2	150	127,3	84,9%	60	240
CT administrar	35	110	159,5	145%	1	900
CT procedimentos CI	81	110	154,0	140%	2	720
CT procedimentos CC	143	81	57,2	70,6%	1	240
CT acolhimento	168	91	83,8	92,1%	3	360
CT documentação	172	247	223,7	90,6%	30	840
CT TOTAL (seg)	187	2633	2063	78,4%	585	9360

O domínio assistencial na consulta de vigilância à pessoa com HTA teve o tempo máximo de 8640 seg. (144 min) e tempo mínimo de 455 seg. (7,6 min.) tempo médio de 2633 seg. (43,8 min). Por outro lado, a carga não assistencial centrou-se em 1800 seg. (30 min.) de

tempo máximo, 60 seg. (1 min.) tempo mínimo e com tempo médio foi 440 seg. (7,3 min.), tal como é possível de verificar na Tabela 19. Concorreram para o tempo de consulta as intervenções realizadas no domínio assistencial, concretizadas em 100% (187) das consultas, no entanto apenas 95,2% (178) das consultas contribuíram para o tempo não assistencial. Este dado implica que em 4,8% (9) das consultas realizadas não foram realizadas intervenções não assistenciais, ou consideradas como tal pelos EF.

Tabela 19 - Distribuição por média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nos itens relacionadas com a carga de trabalho por domínio de cuidados

Carga de Trabalho (CT)	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>s</i>	CV	Mín	Máx
CT total assistencial	187	2148	1807,4	80,4%	455	8640
CT não assistencial	178	440	354,4	78,5%	60	1800

3.4.6.2.11. Modelo de Previsão do Cálculo da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com HTA

Para a consulta de enfermagem à pessoa com HTA foram gerados quatro modelos de previsão do cálculo da carga de trabalho, tal como é visível na Tabela 20.

Com base no coeficiente de determinação ajustado (dado não ser influenciado pelo número de variáveis independentes do modelo), pode-se afirmar que o modelo 1 é o menos explicativo da variação da carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa com HTA (cerca de 36,7%) e o modelo 4 é o mais explicativo (cerca de 75,2%). Percebe-se também que o interesse poderá recair num dos modelos 3 ou 4. Os modelos 1 e 2, especialmente o modelo 1, não parecem ser elucidativos dado a menor capacidade explicativa da carga de trabalho dos enfermeiros de família que realizam consulta à pessoa com HTA.

Tabela 20 - Resumo dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA

Modelo	R	R^2	R_a^2
1	0,614 (a)	0,377	0,367
2	0,750 (b)	0,563	0,548
3	0,862 (c)	0,743	0,730
4	0,876 (d)	0,768	0,752

A Tabela 21 apresenta os resultados da análise de variância, a qual mede a qualidade do ajustamento global da equação de regressão. Verifica-se que todos os modelos são

globalmente significativos visto apresentarem ($p < 0.001$), rejeitando a hipótese nula dos coeficientes de regressão serem todos iguais a zero.

Tabela 21 - Análise de variância para a significância global dos modelos gerados

Modelo	F	p
1	36,953	<0,001
2	38,633	<0,001
3	57,004	<0,001
4	47,996	<0,001

A Tabela 22 apresenta a estimativa dos coeficientes de regressão não estandardizados, B (uma vez que todos os itens preditores estão medidos na mesma unidade, para o efeito em segundos) e os seus erros-padrão (SE), o teste t , o valor p e o intervalo com 95% de confiança para os coeficientes de regressão dos itens aceites no modelo. Em todos os itens, o teste t tem associado um valor $p < 0.001$, pelo que qualquer item preditor tem poder explicativo na carga de trabalho dos enfermeiros de família para a consulta à pessoa com HTA, uma vez que o coeficiente de cada preditor é significativamente diferente de zero. Igualmente, em todas as variáveis o $IC_{95\%}$ (B) não contém o zero, conduzindo à rejeição da hipótese nula (i.e., $H_0: \beta_i = 0$). Cada $\hat{\beta}_i$ é um coeficiente de regressão parcial, indicando a variação esperada na carga de trabalho por unidade de variação de um item preditor, mantendo os outros itens preditores constantes ou com os seus efeitos controlados. Uma vez que os coeficientes da regressão são não-estandardizados, i.e., são expressos nas unidades próprias de cada item preditor, para o efeito em segundos.

Assim, tomando como exemplo a variável preditora procedimentos de continuidade de cuidados no modelo 4, tem-se que por cada aumento de 1 segundo na carga de trabalho relativa à avaliação dos procedimentos de continuidade de cuidados, mantendo as restantes variáveis preditoras constantes, isto é, considerando apenas o efeito desta variável na carga de trabalho, prevê-se um aumento de, aproximadamente, 6,5 segundos na carga de trabalho total dos enfermeiros de família.

As variáveis que melhor predizem a carga de trabalho são: procedimentos de continuidade de cuidados, monitorizar peso, documentação de cuidados e monitorizar perímetro abdominal.

Tabela 22 - Modelos, preditores, coeficientes não-estandardizados, teste t, valor p e intervalos com 95% de confiança para B

Modelo	Constante e preditores	Coeficientes não-estandardizados		T	p	IC _{95%} (B)	
		B	SE (B)			L,Inf	L,Sup,
1	(Constante)	961,113	87,979	10,924	<0,001*	785,189	1137,038
	Procedimentos de CC	7,384	1,215	6,079	<0,001*	4,955	9,812
2	(Constante)	1149,977	83,206	13,821	<0,001*	983,541	1316,413
	Procedimentos de CC	9,069	1,079	8,405	<0,001*	6,910	11,227
	Monitorizar peso	-9,868	1,955	-5,048	<0,001*	-13,779	-5,958
3	(Constante)	1106,865	64,625	17,128	<0,001*	977,552	1236,179
	Procedimentos de CC	6,493	0,924	7,023	<0,001*	4,643	8,342
	Monitorizar peso	-12,156	1,551	-7,836	<0,001*	-15,260	-9,052
	Documentação cuidados	de 2,770	0,430	6,445	<0,001*	1,910	3,631
4	(Constante)	1232,382	80,098	15,386	<0,001*	1072,047	1392,716
	Procedimentos de CC	6,660	0,889	7,489	<0,001*	4,880	8,440
	Monitorizar peso	-10,585	1,618	-6,543	<0,001*	-13,824	-7,347
	Documentação cuidados	de 2,514	0,425	5,912	<0,001*	1,663	3,365
	Monitorizar Perímetro Abdominal	-6,889	2,784	-2,474	,016	-12,461	-1,316

Variável dependente: carga de trabalho (seg) AC2

IC_{95%} (B) – intervalo com 95% de confiança para os coeficientes não-estandardizados

L.Inf – limite inferior

L.Sup. – limite superior

Em cada modelo, a previsão da carga de trabalho dos EF é obtida pela estimação da respetiva equação de regressão vertida na Tabela 23. Estas equações explicam a variação na carga de trabalho dos EF no atendimento à pessoa com HTA, para qualquer erro tipo I do analista, ou seja, $P(\text{Erro Tipo I}) = P(\text{rejeitar } H_0 | H_0 \text{ verdadeira})$, conforme teste F apresentado na Tabela 21.

Tabela 23 - Equações de regressão estimada dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA

Modelo 1	$CT_1 = 961.113 + 7.384 \times Q54$ (87.979) (1.215)
Modelo 2	$CT_2 = 1149.977 + 9.069 \times Q54 - 9.868 \times Q3$ (83.206) (1.079) (1.955)
Modelo 3	$CT_3 = 1106.865 + 6.493 \times Q54 - 12.156 \times Q3 + 2.770 \times Q56$ (64.625) (0.924) (1.551) (0.430)
Modelo 4	$CT_4 = 1232.382 + 6.660 \times Q54 - 10.585 \times Q3 + 2.514 \times Q56 - 6.889 \times Q5$ (80.098) (0.889) (1.618) (0.425) (2.784)

Modelo que melhor prediz a CT do EF na consulta à pessoa com HTA: Exemplo prático

Como verificado foram gerados quatro modelos que predizem a carga de trabalho do EF na consulta à pessoa com HTA. Elegeu-se o modelo 4 como aquele que melhor prediz a carga de trabalho. Opta-se por apresentar um exemplo prático dessa possibilidade.

Na Tabela 24 é representada uma distribuição hipotética do tempo despendido pelo EF, nas intervenções que melhor explicam o modelo de previsão do tempo de consulta à pessoa com HTA. Tomou-se como exemplo um EF que registou os seguintes tempos: procedimentos de continuidade de cuidados – 200 seg; monitorizar peso – 60 seg; documentação de cuidados – 600 seg e monitorizar perímetro abdominal – 60 seg.

Tabela 24 – Distribuição hipotética do cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA

Variável	Tempo despendido (seg)
Procedimentos de continuidade de cuidados	200
Monitorizar peso	60
Documentação de cuidados	600
Monitorizar perímetro abdominal	60

Assim, considerando como exemplo o modelo 4, a carga de trabalho global deste é de:

$CT_4 = 1232.382 + 6.660 \times 200 - 10.585 \times 60 + 2.514 \times 600 - 6.889 \times 60 = 3024$ segundos. Portanto, 3024 segundos = 50.4 minutos \approx 0.84 horas.

A validação cruzada do poder preditivo foi realizada pelo coeficiente de determinação ajustado de Stein comparativamente ao coeficiente de determinação obtido em cada modelo. Os resultados são apresentados na Tabela 25. Por conseguinte, e uma vez que a diferença do coeficiente de determinação e o coeficiente de Stein é pequena (aproximadamente 2%), pode-se considerar que a validação cruzada de cada modelo é boa. Considere-se, por exemplo, o modelo 4. Caso o modelo fosse derivado da população em vez de uma amostra, apenas 2% da variância da carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa com HTA não seria explicada, o que parece denotar uma boa validação cruzada. Desta forma, com alguma segurança pode-se generalizar os resultados obtidos para a população de EF que realiza consulta de enfermagem à pessoa com HTA no âmbito do PNDCCV em vigilância em CSP em unidades USF e UCSP.

Tabela 25- Validação cruzada dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa HTA

Modelos	$R^2_{a\ Stein}$	$R^2 - R^2_{a\ Stein}$
1	0,347	0,020 \approx 2,0%
2	0,527	0,021 \approx 2,1%
3	0,713	0,017 \approx 1,7%
4	0,732	0,020 \approx 2,0%

3.4.6.3. Área Clínica 3 - Consulta de Enfermagem à Pessoa em HIPO

A consulta de enfermagem à pessoa em HIPO visa o empoderamento da pessoa/família para a gestão da sua condição de saúde, através de um acompanhamento efetivo onde a regularidade das consultas de vigilância assenta, entre outras, na necessidade do ajuste terapêutico modelado pela taxa de coagulação. Esta é uma consulta de acompanhamento à pessoa/família, por forma a garantir a prevenção de fenómenos trombóticos e/ou hemorrágicos, capacitá-los para a autogestão do regime terapêutico, reconhecimento de sinais de alerta, entre outros.

3.4.6.3.1. Caracterização da Amostra: Enfermeiros de Família

Participaram no estudo 29 EF provenientes dos 12 CS que constituem o ACeS em estudo. O que indica uma taxa de participação de 100% o que corresponde a uma abrangência total da área geográfica do ACeS. Quanto às unidades funcionais dos CS verificou-se uma participação de 52,8% sendo que o número de EF que aderiram ao estudo situou-se nos 16,7% do total dos EF que exercem funções no ACeS em estudo. A amostra foi constituída maioritariamente por enfermeiros de sexo feminino 98,6% e 3,4% do sexo masculino. A idade média dos participantes encontra-se nos 43,6 anos de idade correspondendo a idade mínima a 35 anos e a idade máxima 61 anos. Todos os EF detêm o grau de licenciado 100%, dos quais 13,8% possuem o grau de mestre e 37,9% obtiveram formação pós-graduada. No que se reporta à formação pós-graduada verificou-se que 45,5% é em enfermagem de saúde familiar, 18,2% em cuidados paliativos e 9,1% em saúde mental e psiquiatria e em saúde comunitária respetivamente. São detentores de título profissional de enfermeiro especialista 20,3% dos EF que participaram no estudo, dos quais 82,4% em enfermagem de saúde familiar, 8,8% em enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem de saúde comunitária respetivamente. Relativamente ao vínculo profissional constatou-se que 51,7% encontram-se em regime de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, 37,9% em contrato individual de trabalho sem termo e 10,3% em contrato de trabalho a termo incerto. Quanto

ao período de trabalho verificou-se que 93,1% da amostra realiza 35h de trabalho e 6,9% realiza 20h de trabalho semanais. Quanto à tipologia da unidade funcional constatou-se que 72,4% trabalho em USF e 27,6% em UCSP. Participaram com dados para identificar as intervenções realizadas na consulta à pessoa em HIPO pelos EF de 12 das 23 unidades funcionais (USF/UCSP) do ACeS representando uma taxa de participação de 52,8%. A taxa de adesão de enfermeiro de família no ACeS foi de 16,7%.

3.4.6.3.2 Caracterização da Amostra: Pessoas em HIPO

A amostra foi constituída por 80 participantes sendo 53,8% do sexo feminino e 46,3% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil verifica-se que 47,5% são casados, 36,3% viúvos, 13,8% são solteiros e 1,3% respetivamente para união de facto e divorciados. Ao nível de instrução 62,5% concluíram o primeiro ciclo, 28,7% não frequentaram qualquer nível de ensino (analfabetos), 6,3% com o segundo ciclo e 1,3% detém o terceiro ciclo de ensino e, igual percentagem, é detentor de ensino superior. No que se reporta ao agregado familiar e ao tipo de família verifica-se que 45% dos participantes vivem em casal, 30% vivem sozinhos sendo a tipologia familiar caracterizada como unipessoal, 8,7% vivem em casal e com os filhos, representando uma tipologia familiar de nuclear, 7,5% vivem em famílias alargadas, 6,3% vivem em famílias monoparentais e 2,5% residem em estruturas residenciais para pessoas idosas sendo caracterizadas como famílias institucionais. Verifica-se que 81,3% da amostra encontra-se reformado ou aposentado, sendo que a pensão é a sua principal fonte de rendimento, contrastando com 15% que se encontram ativos e que a fonte de rendimento é o ordenado mensal, 3,8% encontra-se desempregado ou sem trabalho remunerado. Relativamente ao tipo de habitação constata-se que 88,8% reside numa moradia ou vivenda e 3,8% em parte de moradia ou vivenda, 5% em andar e 2,5% em ERPI. Apurou-se que 90% da amostra reside em meio rural e 10% em meio urbano. A principal forma de deslocação à unidade de saúde é com recurso a carro próprio, seguido de carro de familiares com 13,8%. A deslocação a pé para a unidade de saúde é realizada por 12,5% dos participantes. A utilização de meio de transporte público é de 10%, 8,7% utiliza táxi e 2,5% recorre ao transporte da instituição. Relativamente ao nível de autonomia na mobilidade observou-se que 70% são totalmente independentes, 12,5% apresenta limitação da mobilidade, contudo, não necessita de auxiliar de marcha, 10% necessita de utilizar bengala, 3,8% utiliza andarilho e 1,3% utiliza respetivamente muleta ou cadeira de rodas. A amostra apresenta multimorbilidade das pessoas em vigilância na consulta de HIPO sendo que 77,5% dos

utentes são portadores de mais uma doença além das doenças pela qual em vigiada em consulta, 17,5% são portadoras de três doenças, e 5,0% são acometidos por 4 doenças.

3.4.6.3.3. Intervenções de Enfermagem: Domínio Assistencial na Consulta à Pessoa em HIPO

As intervenções de enfermagem no domínio assistencial obtiveram-se a partir dos subdomínios: avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar, executar.

3.4.6.3.4. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Avaliar

As intervenções do tipo avaliar o comportamento de adesão ao regime medicamentoso e o comportamento de adesão ao regime dietético foram executados em 72,5% e 66,3% respetivamente, seguido de avaliar conhecimento e potencial para prevenir a perda sanguínea com 57,5%. Das intervenções sugeridas para este subdomínio apenas uma não foi realizada em nenhuma das consultas. Foram adicionadas três intervenções que se apresentam na Tabela 26 a itálico, sendo estas, avaliar autocuidado, avaliar papel de prestador de cuidados e avaliar dor, as quais obtiveram taxa de execução de 2,5% e 1,2%.

Tabela 26 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio avaliar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ AVALIAR				
Avaliar antecedentes pessoais	70	87,5	10	12,5
Avaliar Conhecimento Sobre Doença	59	73,8	21	26,3
Avaliar conh., potencial para melhorar conh. sobre processo patológico	72	90,0	8	10,0
Avaliar perda sanguínea	78	97,5	2	2,5
Avaliar conhecimento e potencial para prevenir a perda sanguínea	34	42,5	46	57,5
Avaliar conh. e potencial para melhorar o conh. sobre hábitos de saúde	56	70,0	24	30,0
Avaliar consumo de álcool	58	72,5	22	27,5
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de álcool	77	96,3	3	3,8
Avaliar o consumo de tabaco	69	86,3	11	13,8
Avaliar conh. e potencial e cap. para melhorar o conh. para reduzir o consumo de tabaco	79	98,8	1	1,3
Avaliar comportamento de adesão ao regime de exercício físico	58	72,5	22	27,5
Avaliar conh., potencial e capacidade para gerir regime de exercício físico	67	83,8	13	16,3
Avaliar o comportamento de adesão ao regime dietético	27	33,8	53	66,3
Avaliar o conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime dietético	47	58,8	33	41,3
Avaliar o comportamento de adesão ao regime medicamentoso	22	27,5	58	72,5

Avaliar o conh., potencial e capacidade para gerir o regime medicamentoso	49	61,3	31	38,8
Avaliar o comportamento de adesão ao regime terapêutico	50	62,5	30	37,5
Avaliar o conh., potencial e capacidade para gerir o regime terapêutico	61	76,3	19	23,8
Avaliar o comportamento de adesão à autovigilância/autocontrolo (ex PA)	74	92,5	6	7,5
Avaliar o conh., potencial e cap. para realizar autovigilância/autocontrolo	74	92,5	6	7,5
Avaliar o conhecimento sobre obesidade/excesso de peso	75	93,8	5	6,3
Avaliar a aceitação do estado de saúde	73	91,3	7	8,8
Avaliar a adesão ao regime de imunização	57	71,3	23	28,8
Avaliar o conh. e potencial para melhorar conh. sobre regime de imunização	75	93,8	5	6,3
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	80	100	0	0
<i>Avaliar papel de prestador de cuidados</i>	79	98,8	1	1,2
<i>Avaliar dor</i>	79	98,8	1	1,2
<i>Avaliar autocuidado</i>	78	97,5	2	2,5

3.4.6.3.5. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Monitorizar

O subdomínio monitorizar reporta-se a determinar com minúcia e de forma repetida parâmetros antropométricos e ou fisiológicos. Para a consulta da pessoa em HIPO definiram-se antecipadamente as seguintes intervenções: monitorizar, altura, peso, IMC, perímetro abdominal, pressão arterial, frequência cardíaca e INR.

As intervenções realizadas com maior frequência foram monitorizar INR com 98,8% seguido de monitorizar pressão arterial e frequência cardíaca ambas com 96,3%. Monitorizar o peso foi registado em 55%. Neste subdomínio foi acrescentada a intervenção monitorizar glicemia capilar que corresponde a 1,2% de execução. Todas as intervenções propostas na grelha de avaliação para este subdomínio foram realizadas.

Tabela 27 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio monitorizar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ MONITORIZAR				
Monitorizar altura	51	63,8	29	36,3
Monitorizar peso	36	45,0	44	55,0
Monitorizar IMC	41	51,3	39	48,8
Monitorizar perímetro abdominal	57	71,3	23	28,8
Monitorizar pressão arterial	3	3,8	77	96,3
Monitorizar frequência cardíaca	3	3,8	77	96,3
Monitorizar INR	1	1,3	79	98,8
<i>Monitorizar glicemia capilar</i>	79	98,8	1	1,2

3.4.6.3.6. Intervenções de Enfermagem: Subdomínio Ensinar

No que diz respeito ao subdomínio ensinar verificou-se que a intervenção realizada com maior frequência 75,0% foi ensinar sobre cuidados alimentares, seguido do ensinar sobre HIPO com 48,8%, ensinar sobre a importância da adesão ao regime dietético 46,3% e de ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso com 43,8% das consultas realizadas. As restantes doze intervenções propostas foram realizadas na percentagem abaixo de 40%. Verificou-se ainda que três das intervenções definidas para este subdomínio não foram realizadas em nenhuma das consultas, sendo elas ensinar sobre estratégias não farmacológicas do alívio da dor; ensinar sobre imunização e ensinar sobre reação vacinal.

Tabela 28 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado no subdomínio ensinar

SUBDOMÍNIO	Execução			
	Não		Sim	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ ENSINAR				
Ensinar sobre doença	54	67,5	26	32,5
Ensinar sobre HIPO	41	51,3	39	48,8
Ensinar sobre cuidados alimentares	20	25,0	60	75,0
Ensinar sobre hábitos de saúde	51	63,8	29	36,3
Ensinar sobre as complicações do consumo excessivo de álcool	74	92,5	6	7,5
Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco	79	98,8	1	1,3
Ensinar sobre a importância da adesão ao regime de exercício físico	64	80,0	16	20,0
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime dietético	43	53,8	37	46,3
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime medicamentoso	45	56,3	35	43,8
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime terapêutico	60	75,0	20	25,0
Ensinar sobre a importância de realizar autovigilância/autocontrolo	73	91,3	7	8,8
Ensinar sobre processo patológico	73	91,3	7	8,8
Ensinar sobre as complicações do processo patológico	70	87,5	10	12,5
Ensinar sobre padrão alimentar	48	60,0	32	40,0
Ensinar sobre estratégias adaptativas	72	90,0	8	10,0
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas do alívio da dor	80	100	0	0
Ensinar sobre imunização	80	100	0	0
Ensinar sobre reação vacinal	80	100	0	0

3.4.6.3.7. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Elaborar, Treinar, Promover, Administrar, Referenciar, Assistir, Incentivar e Executar

As intervenções dos subdomínios elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar, executar foram agrupadas na mesma tabela dado o número de intervenções proposta e realizadas serem em número reduzido. Assim, verifica-se na Tabela 29 que na consulta à pessoa em HIPO não foram realizadas intervenções dos subdomínios:

elaborar, treinar, promover e referenciar. O subdomínio administrar foi realizado em 13,8% das consultas através da intervenção administrar vacina. O subdomínio assistir foi executado através da intervenção assistir a pessoa a promover a aceitação do seu estado de saúde em 12,5%. A intervenção de enfermagem no subdomínio incentivar, incentivar a comunicação das emoções foi realizado em 25% das consultas. O subdomínio executar surge em resposta à necessidade do utente na consulta, daí ter sido um subdomínio acrescentado pelo EF e foi concretizado através do executar teste rápido da urina com 2,5% e executar tratamento com 2,5%.

Tabela 29 - Distribuição da frequência relativa e absoluta de cada item identificado nos subdomínios: elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar, executar

SUBDOMÍNIO	Não		Execução	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ ELABORAR				
Elaborar plano de exercício físico	80	100	0	0
Elaborar plano alimentar	80	100	0	0
+TREINAR				
Treinar a autovigilância/autocontrolo	80	100	0	0
+PROMOVER				
Promover a adesão ao regime de imunização	80	100	0	0
+ADMINISTRAR				
Administrar vacina	69	86,3	11	13,8
+REFERENCIAR				
Referenciar a outros profissionais de saúde	80	100	0	0
+ASSISTIR				
Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde	70	87,5	10	12,5
+INCENTIVAR				
Incentivar a comunicação das emoções	60	75,0	20	25,0
+EXECUTAR				
<i>Executar teste rápido de urina</i>	78	97,5	2	2,5
<i>Executar tratamento</i>	78	97,5	2	2,5

3.4.6.3.8. Intervenções de Enfermagem: Domínio Não Assistencial na Consulta à Pessoa em HIPO

As intervenções do domínio não assistencial na consulta à pessoa em HIPO foram obtidas através de quatro subdomínios: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados tal como é visível na Tabela 30.

3.4.6.3.9. Intervenções de Enfermagem Subdomínios: Acolhimento, Procedimentos de Controlo de Infeção, Procedimentos de Continuidade de Cuidados, Documentação de Cuidados

Todos os subdomínios propostos para a identificação dos cuidados não assistenciais foram executados acima de 50%, sendo que o subdomínio no qual se verificou o maior registo de intervenções foi no subdomínio documentação de cuidado 87,5% seguido do subdomínio acolhimento com 83,8%.

Tabela 30 - Distribuição da frequência absoluta e relativa de cada item identificado nos subdomínios acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados

SUBDOMÍNIO	Não		Execução	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ACOLHIMENTO				
Acolhimento da pessoa (chamada, receção, etc.)	13	16,3	67	83,8
+PROCEDIMENTOS C. INFEÇÃO				
Higienização (mãos, espaços, etc.)	38	47,5	42	52,5
+PROCEDIMENTOS C. CUIDADOS				
Referenciação (RNCCI, UCC, etc.)	36	45,0	44	55,0
+DOCUMENTAÇÃO DE CUIDADOS				
Documentação de cuidados (registos, ref. interna)	10	12,5	70	87,5

3.4.6.3.10. Preditores da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família na Consulta à Pessoa em HIPO

A Tabela 31 apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa em HIPO, por domínio e subdomínio dos cuidados. O número de itens identificados em cada subdomínio refere-se ao número de EF que realizaram, pelo menos uma intervenção do subdomínio. Os subdomínios mais representativos foram avaliar, ensinar, documentação de cuidados, acolhimento e procedimentos de continuidade de cuidados, ao passo que as menos representativas são referenciar, elaborar, treinar, promover (sem nenhum registo).

As intervenções previstas para o subdomínio avaliar foram as mais realizadas nas consultas contribuindo desta forma para a maior carga de trabalho dos EF representando em média 842,2 segundos (14 min) do tempo despendido na consulta, variando entre o valor mínimo e máximo de 120 seg. (2 min) a 4200 seg. (70 min). As intervenções do subdomínio ensinar surgem como segundo preditor da carga de trabalho do EF correspondendo a 590 seg. (9,8

min) em média por consulta, valor muito aproximado do verificado para o subdomínio monitorizar que representa 503 seg. (8,3 min). Não foram realizadas intervenções relacionadas aos subdomínios referenciar, elaborar, treinar e promover, pelo que estas não vieram atribuir carga de trabalho ao EF. No domínio não assistencial o subdomínio documentação de cuidados foi aquele que contribuiu para uma maior carga de trabalho do EF correspondendo à média 255,6 seg. (4,2 min), seguido das intervenções referentes ao subdomínio acolhimento com a média 131,15 seg. (2,19 min). A Tabela 31 permite verificar que o tempo médio necessário para a realização da consulta de enfermagem à pessoa em HIPO foi de 2132 seg. (35,5 min) com uma variação do tempo mínimo de 600 seg. (10 min) e um tempo máximo de 9360 seg. (156 min). Contribuem para a carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO as intervenções do subdomínio avaliar, ensinar, monitorizar, executar, assistir, incentivar, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e acolhimento da pessoa e documentação de cuidados.

Tabela 31 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nas variáveis relacionadas com a carga de trabalho por subdomínio

CT/subdomínio	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	CV	Mín	Máx
CT avaliar	80	849	902,2	106,3%	120	4200
CT monitorizar	80	504	435,4	86,4%	120	2040
CT ensinar	76	590	542,2	91,9%	60	3000
CT executar	5	744	450,2	60,5%	180	1200
CT referir	0	---	---	---	---	---
CT assistir	10	101	69,4	68,7%	20	240
CT incentivar	20	108	46,0	42,8%	20	180
CT administrar	11	124	133,4	107,5%	5	480
CT procedimentos CI	42	83	107,9	130%	5	600
CT procedimentos CC	44	84	80,1	95,4%	30	360
CT acolhimento	67	104	131,5	126,4%	1	600
CT documentação	70	226	255,6	113,2%	20	1200
Carga trabalho (seg)	80	2132	1976,0	92,7%	600	9360

Verificou-se que a carga de trabalho do EF à pessoa em HIPO é produzida através de intervenções realizadas por estes aos seus utentes, através de intervenções de carácter assistencial (cuidados diretos) e em intervenções de carácter não assistencial (cuidados indiretos). As intervenções de carácter assistencial foram realizadas com um tempo mínimo de 510 seg. (8,5 min), tempo médio 2016 seg. (33,6 min) e tempo máximo 8400 seg. (140 min). Foi possível verificar que em 10% das consultas realizadas não foi registada qualquer intervenção de carácter não assistencial.

Tabela 32 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo nos itens relacionados com a carga de trabalho por domínio de cuidados

Carga de Trabalho (CT) /domínio	N	\bar{x}	S	CV	Mín	Máx
CT total assistencial	80	2016	1748,3	86,7	510	8400
CT total não assistencial	72	416	440,8	106,0	1	2040

3.4.6.3.11. Modelos de Previsão do Cálculo da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa em HIPO

A Tabela 33 mostra os modelos gerados para o cálculo da previsão da carga de trabalho do EF na consulta à pessoa em HIPO. Os resultados são obtidos com base no coeficiente de determinação ajustado (dado não ser influenciado pelo número de variáveis independentes do modelo), pode-se afirmar que o modelo 1 é o menos explicativo da variação da carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta de vigilância da pessoa em HIPO (cerca de 77,4%) e o modelo 3 é o mais explicativo (cerca de 94,7%). Percebe-se que o interesse na escolha do modelo poderá recair num dos modelos 2 ou 3 na medida que são mais explicativos do cálculo da carga de trabalho.

Tabela 33 - Resumo dos modelos gerados para o cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO

Modelo	R	R^2	R_a^2
1	0,882 (a)	0,779	0,774
2	0,967 (b)	0,935	0,932
3	0,975 (c)	0,950	0,947

A Tabela 34 apresenta os resultados da análise de variância, a qual mede a qualidade do ajustamento global da equação de regressão. Verifica-se que os 3 modelos gerados são globalmente significativos ($p < 0.001$), rejeitando a hipótese nula dos coeficientes de regressão serem todos iguais a zero.

Tabela 34 - Análise de variância para a significância global dos modelos gerados

Modelo	F	P
1	179,555	<0,001
2	357,75	<0,001
3	310,094	<0,001

A Tabela 35 apresenta a estimativa dos coeficientes de regressão não estandardizados, B (uma vez que todas as variáveis preditoras estão medidas na mesma unidade, para o efeito em segundos) e os seus erros-padrão (SE), o teste t , o valor p e o intervalo com 95% de confiança para os coeficientes de regressão das variáveis aceites no modelo. Em todas as variáveis, o teste t tem associado um valor $p < 0.001$, pelo que qualquer variável preditora tem poder explicativo na carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa em HIPO, uma vez que o coeficiente de cada preditor é significativamente diferente de zero. Igualmente, em todas as variáveis o $IC_{95\%}$ (B) não contém o zero, conduzindo à rejeição da hipótese nula (i.e., $H_0: \beta_i = 0$). Cada $\hat{\beta}_i$ é um coeficiente de regressão parcial, indicando a variação esperada na carga de trabalho por unidade de variação de uma variável preditora, mantendo as outras variáveis preditoras constantes ou com os seus efeitos controlados. Uma vez que os coeficientes da regressão são não-estandardizados, i.e., são expressos nas unidades próprias de cada variável preditora, para o efeito em segundos. Assim, tomando como exemplo a variável preditora avaliar a frequência cardíaca no modelo 3, tem-se que por cada aumento de 1 segundo na carga de trabalho relativa à avaliação da frequência cardíaca, mantendo as restantes variáveis preditoras constantes, isto é, considerando apenas o efeito desta variável na carga de trabalho, prevê-se um aumento médio de, aproximadamente, 8 segundos na carga de trabalho total dos enfermeiros.

Foram gerados 3 modelos. As variáveis que melhor predizem a carga de trabalho são: documentação de cuidados, avaliar frequência cardíaca e acolhimento da pessoa. No modelo 1, foi considerado apenas a documentação de cuidados com preditor da carga de trabalho, no modelo 2 foi acrescentada a monitorização da frequência cardíaca e o modelo 3 é constituído pelas intervenções anteriormente referidas acrescida do acolhimento à pessoa.

Tabela 35 - Modelos, preditores, coeficientes não-estandardizados, teste t , valor p e intervalos com 95% de confiança para B

Mod	Constante e preditores	Coeficientes não-estandardizados			$IC_{95\%}$ (B)		
		B	SE (B)	t	P	L.Inf	L.Sup.
1	(Constante)	713,570	147,260	4,846	<0,001*	417,934	1009,207
	Documentação de cuidados	6,927	0,517	13,400	<0,001*	5,889	7,965
2	(Constante)	642,738	81,075	7,928	<0,001*	479,894	805,582
	Documentação de cuidados	4,356	0,369	11,816	<0,001*	3,615	5,096
	Monitorizar FC	9,430	0,863	10,924	<0,001*	7,696	11,164
3	(Constante)	638,878	71,689	8,912	<0,001*	494,814	782,943

Documentação de cuidados	3,332	0,420	7,937	<0,001*	2,488	4,176
Monitorizar FC	7,967	0,852	9,353	<0,001*	6,255	9,679
Acolhimento da pessoa	3,093	0,800	3,868	<0,001*	1,486	4,700

Variável dependente: carga de trabalho (seg) AC3

$IC_{95\%}$ (B) – intervalo com 95% de confiança para os coeficientes não-estandardizados

L.Inf – limite inferior L.Sup. – limite superior

Em cada modelo, a previsão da carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa em hipocoagulação é obtida pela estimação da respetiva equação de regressão apresentadas na Tabela 36. Estas equações explicam a variação na carga de trabalho dos EF, para qualquer erro tipo I do analista, ou seja, $P(\text{Erro Tipo I}) = P(\text{rejeitar } H_0 | H_0 \text{ verdadeira})$, conforme teste F apresentado na Tabela 34.

Tabela 36 - Equações de regressão estimada dos modelos de cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO

Modelo 1	$CT_1 = 713.570 + 6.927 \times Q53$ (147.260) (0.517)
Modelo 2	$CT_2 = 642.738 + 4.356 \times Q53 + 9.430 \times Q7$ (81.075) (0.369) (0.863)
Modelo 3	$CT_3 = 638.878 + 3.332 \times Q53 + 7.967 \times Q7 + 3.093 \times Q52$ (71.689) (0.420) (0.852) (0.800)

Modelo que melhor prediz a Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na consulta à pessoa em HIPO: exemplo prático

Para a consulta à pessoa em hipocoagulação foram gerados três modelos capazes de prever a carga de trabalho dos EF. Considerou-se para exemplo prático o modelo 3, pois é aquele que melhor prediz a carga de trabalho.

Na tabela 37 é representada uma distribuição hipotética do tempo despendido pelo EF, nas intervenções que melhor explicam a previsão do tempo de consulta à pessoa em HIPO. Tomou-se como exemplo um EF que registou os seguintes tempos nas intervenções: documentação de cuidados – 450 seg; monitorizar frequência cardíaca – 130 seg e acolhimento da pessoa – 250 seg

Tabela 37 - Distribuição hipotética do cálculo da carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO

Variável	Tempo despendido (seg)
Documentação de cuidados (registos)	450
Monitorizar frequência cardíaca	130
Acolhimento da pessoa	250

Assim, considerando como exemplo o modelo 3, a carga de trabalho global do EF é de:

$$CT_3 = 638.878 + 3.332 \times 450 + 7.967 \times 130 + 3.093 \times 250 = 3947 \text{ segundos.}$$

Portanto, 3947 segundos = 65,8 minutos \approx 1,1 horas.

A validação cruzada do poder preditivo foi feita pelo coeficiente de determinação ajustado de Stein comparativamente ao coeficiente de determinação obtido em cada modelo. Os resultados são apresentados na Tabela 38. Assim, uma vez que a diferença o coeficiente de determinação e o coeficiente de Stein é pequena (aproximadamente 1%), pode-se considerar que a validação cruzada de cada modelo é muito boa, Considere-se, como exemplo, o modelo 3, caso o modelo fosse derivado da população em vez de uma amostra, apenas 0,6% da variância da carga de trabalho dos enfermeiros com pessoas em HIPO não seria explicada, o que parece denotar uma muito boa validação cruzada, Desta forma, com alguma segurança pode-se generalizar os resultados obtidos para a população de EF que realizam consultas de vigilância à pessoa em HIPO.

Tabela 38 - Validação cruzada dos modelos gerados na previsão do cálculo da carga de trabalho no EF na consulta à pessoa em HIPO

Modelos	$R_{a\text{ Stein}}^2$	$R^2 - R_{a\text{ Stein}}^2$
1	0,768	0,011 \approx 1,1%
2	0,929	0,005 \approx 0,5%
3	0,944	0,006 \approx 0,6%

3.4.6.4. Área Clínica 4 – Consulta à Pessoa com Doença Crónica

Na área clínica 4 consideram-se as doenças crónicas descritas e analisadas em AC1, AC2 e AC3, incluíram-se todos utentes que realizaram consulta de vigilância com o EF, contudo quanto aos EF apenas se incluíram na AC 4 aqueles que realizaram consultas nas três áreas clínicas.

3.4.6.4.1. Caracterização da Amostra: Enfermeiros de Família

A Tabela 39 apresenta a frequência absoluta e relativa em cada variável socioprofissional dos EF que participaram nos estudos. Contudo, releva-se na descrição os EF que contribuíram para a recolha de dados em todas as áreas clínicas. Desta forma pode-se verificar que participaram no estudo 50 EF correspondendo a 30,5% do total dos EF no exercício da

prática clínica no ACeS onde decorreu o estudo. Dos EF que participaram no estudo 96% são do sexo feminino e 4% do sexo masculino. As habilitações académicas discorrem entre o grau de licenciado 86% e grau de mestre 14%. Detém formação pós-graduada 40% que se distribui por uma diversidade de áreas de formação com especial destaque para a formação em enfermagem de saúde familiar, enfermagem oncológica e tratamento avançado de feridas respetivamente, as restantes áreas de formação encontram-se distribuídas por gestão de unidades de saúde, gestão e serviço social, enfermagem comunitária, enfermagem de saúde mental e psiquiatria, e enfermagem de emergência e catástrofe. Dos participantes constatou-se que 86% detém o título profissional de enfermeiro e 14% título profissional de enfermeiro especialista distribuídos pelas especialidades de enfermagem de saúde comunitária/familiar, e enfermagem médico-cirúrgica, saúde mental e psiquiatria. Quanto ao vínculo profissional verificou-se que 56% dos EF usufruem um contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, 36% contrato de trabalho sem termo, 8%. No que diz respeito à unidade funcional onde exercem funções verificou-se que 66% trabalha em USF e 34% em UCSP. Dos que trabalham em USF 38% exercem funções em modelo A e 28% em modelo B. Todos os profissionais estão afetos à Administração Regional de Saúde do Norte, enquanto entidade da administração indireta do Estado.

Tabela 39 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos enfermeiros de família em relação às variáveis socioprofissionais por área clínica

Variáveis	Amostras		AC1		AC2		AC3		AC4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ Sexo										
Masculino	2	4,5%	1%	3,4%	1	3,4%	2	4%	2	4%
Feminino	42	95,5%	28	96,6%	28	96,6%	48	96%	48	96%
+ Habilitações Académicas										
Bacharelato	1	2,3%	---	---	---	---	---	---	---	---
Licenciatura	37	84,1%	24	82,8%	25	86,2%	43	86%	43	86%
Mestrado	6	13,6%	5	17,2%	4	13,8%	7	14%	7	14%
+ Pós-graduação										
Não	27	61,4%	20	69,0%	18	62,1%	30	60%	30	60%
Sim	17	38,6%	9	31,0%	11	37,9%	20	40%	20	40%
+ Título profissional										
Enfermeiro	34	77,3%	23	79,3%	23	79,3%	43	86%	43	86%
E.E. Enfermagem Saúde Familiar	7	15,9%	4	13,8%	4	13,8%	5	10%	5	10%
E.E. Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	2,3%	1	3,4%	2	6,9%	2	4%	2	4%
E.E. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1	2,3%	1	3,4%	---	---	---	---	---	---
E.E. Enfermagem de Reabilitação	1	2,3%	---	---	---	---	---	---	---	---
+ Vínculo Profissional										
Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado	24	54,5%	17	58,6%	15	51,7%	28	56%	28	56%

Contrato de Individual de Trabalho Sem Termo	16	36,4%	10	34,5%	11	37,9%	18	36%
Contrato de Individual de Trabalho a Termo Incerto	3	6,8%	2	6,9%	3	10,3%	4	8%
Contrato de Individual de Trabalho a Termo Certo	1	2,3%	---	---	---	---	---	---
+ Período normal de Trabalho								
20 horas	1	2,3%	1	3,4%	2	6,9%	4	8%
35 horas	41	93,2%	28	96,6%	27	93,1%	46	92%
40 horas	2	4,5%	---	---	---	---	---	---
+ Entidade Empregadora								
Administração Regional de Saúde Norte	44	100%	29	100%	29	100%	50	100%
+ Unidade Funcional								
UCSP	15	34,1%	8	27,6%	8	27,6%	17	34%
USF	29	65,9%	21	72,4%	21	72,4%	33	66%

3.4.6.4.1.1. Características Socioprofissionais dos Enfermeiros Influenciadoras da Carga de Trabalho

A Tabela 39 apresenta as características socioprofissionais dos EF que participaram no estudo nas três áreas clínicas AC1, AC2, AC3 e AC4. No entanto, para identificar que variáveis socioprofissionais influenciadoras da carga de trabalho do enfermeiro de família na gestão da doença crônica apenas se considerou os EF representados na AC4, pois nesta inclui os enfermeiros que participaram na colheita de dados nas três áreas clínicas.

Análise da influência socioprofissional dos enfermeiros e a carga de trabalho

A Tabela 40 apresenta o resultado da comparação entre a categoria profissional de enfermeiro *vs* enfermeiro especialistas. Na amostra de 50 EF que participaram no estudo, que apenas 12 do EF estão habilitados à prestação de cuidados especializados. Assim, procurou-se conhecer se esta diferença de competências influencia a carga de trabalho do mesmo. Averiguou-se que para um nível de significância de 5%, pelo teste *U* Mann-Whitney, não existem diferenças significativas na carga de trabalho entre os profissionais detentores destas duas categorias.

Tabela 40 - Comparação da carga de trabalho entre a categoria profissional de enfermeiro e enfermeiro especialista

	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros (<i>n</i> =38)	27,03	170,0	0,188
CT enfermeiros especialistas (<i>n</i> =12)	20,67		

A Tabela 41 apresenta o resultado da comparação entre enfermeiros com formação complementar *vs* enfermeiros sem formação complementar, quanto à carga de trabalho. Idêntico ao referido anteriormente, verificou-se que não existem diferenças significativas na carga de trabalho entre enfermeiros com formação complementar e enfermeiros sem formação complementar.

Tabela 41 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros com e sem formação complementar

	<i>x</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros com formação complementar (<i>n</i> =7)	3200	2634,0	-0,301	0,765
CT enfermeiros sem formação complementar (<i>n</i> =43)	2946	1975,9		

A Tabela 42 apresenta o resultado da comparação entre enfermeiros com formação pós-graduada *vs* enfermeiros sem formação pós-graduada, relativo à carga de trabalho. Ao mesmo nível de significância adotada nos itens anteriores não existem diferenças significativas na carga de trabalho entre enfermeiros com pós-graduação e enfermeiros sem pós-graduação.

Tabela 42 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros com e sem pós-graduação

	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros com pós-graduação (<i>n</i> =20)	26,53	269,0	0,539
CT enfermeiros sem pós-graduação (<i>n</i> =30)	23,95		

A Tabela 43 apresenta o resultado da comparação da carga de trabalho de enfermeiros com licenciatura *vs* enfermeiros com mestrado. Nesta dimensão de análise ao mesmo nível de significância verifica-se que não existem diferenças significativas na carga de trabalho entre enfermeiros com licenciatura e enfermeiros com mestrado.

Tabela 43 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros em função do grau académico

	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros com licenciatura (<i>n</i> =43)	24,28	98,0	0,142
CT enfermeiros com mestrado (<i>n</i> =7)	33,00		

A Tabela 44 apresenta o resultado da comparação da carga de trabalho de enfermeiros com contrato de trabalho em funções públicas *vs* enfermeiros com contrato de trabalho individual. A um nível de significância considerada nos itens anteriores também não se verifica diferenças significativas na carga de trabalho.

Tabela 44 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros em função do vínculo profissional

	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros com contrato de trab. em funções públicas (<i>n</i> =28)	25,14	298,0	0,845
CT enfermeiros com contrato de individual de trabalho (<i>n</i> =22)	25,95		

A Tabela 45 apresenta o resultado da comparação da carga de trabalho de enfermeiros que têm atividade profissional em USF *vs* enfermeiros que exercem atividade profissional numa UCSP. A um nível de significância de 5%, pelo teste *U* Mann-Whitney, verifica-se que não existem diferenças significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia da unidade funcional em que desempenham atividade profissional USF *vs* UCSP.

Tabela 45 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros em função do local onde desempenham atividade profissional: USF *vs* UCSP

	<i>Mean Rank</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros da USF (<i>n</i> =34)	25.18	261,0	0,819
CT enfermeiros da UCSP (<i>n</i> =16)	26.19		

3.4.6.4.2. Caracterização da Amostra: Pessoas com Doença Crónica

A amostra considerada para a doença crónica, resulta dos utentes que realizaram consulta de vigilância da DM, HTA e em HIPO, tendo sido constituída por 509 utentes. Destes 52,5% são do sexo feminino e 47,5% são do sexo masculino, sendo a idade mínima de 22 anos idade máxima de 100 e média de 72 anos. Quanto ao estado civil verificou-se que 63,3% são casados, 22% são viúvos, 10% solteiros, 2,5% divorciados e 2,2% vivem em união de facto. No que se refere ao nível de instrução constatou-se que mais de 50% dos utentes apenas possui o primeiro nível de ensino, 24,1% não frequentou qualquer nível de ensino e não sabe ler nem escrever. Quanto à situação profissional verificou-se que 66,2% encontram-se reformados, 18,2% estão desempregados ou não têm trabalho remunerado e 15,6% ainda se encontram no ativo. A composição familiar dominante no estudo é expressa pela tipologia de casal 54% que também se reflete na tipologia familiar do tipo nuclear. A família unipessoal (viver sozinho) é representada na amostra em 17%, seguido da tipologia familiar alargada

com 14,5%. O local de residência com maior expressão é o meio rural com 88,6% dos utentes a residir neste contexto e 11,4% residem em meio urbano. Verificou-se também que a tipologia de alojamento mais comum é a moradia/vivenda 92,3% e 1,2% residem em estruturas residenciais para pessoas idosas e ou em famílias de acolhimento. A forma de deslocação ao CS/ unidade de saúde mais frequentemente utilizada é o uso de carro próprio 58,2%, seguido de a pé 18,7%, em que 10,8% recorre ao serviço de táxi, 6,7% utiliza o transporte público, 4,3% recorre a transporte de familiares, 3,3% utiliza o carro da instituição/FA ou outro meio de transporte. Procurou-se conhecer o nível de autonomia na mobilidade dos clientes dos cuidados dos EF verificou-se 82% são independentes, 10,2% necessitam de algum tipo de ajuda técnica para a mobilidade e 8,8% apresentam algum tipo de limitação, mas ligeira sem necessidade apoio ou ajuda técnica. A multimorbilidade está presente em 100% da amostra, sendo que 74,3% apresenta mais do que 2 doenças, 18,7% 3 doenças, 6,1% 4 doenças e 0,9% 5 ou mais doenças. O espectro da multimorbilidade percorre desde o foro oftalmológico ao foro psiquiátrico.

Tabela 46 - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos utentes com doença crónica em relação às variáveis socioprofissionais por área clínica

Variáveis	Amostras		AC1		AC2		AC3		AC 4	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
+ Sexo										
Masculino	132	54,5	73	39,0	37	46,3	242	47,5		
Feminino	110	45,5	114	61,0	43	53,8	267	52,5		
+ Estado civil										
Solteiro/a	23	9,5	17	9,1	11	13,8	51	10		
Casado/a	162	66,9	122	65,2	38	47,6	322	63,3		
União de facto	6	2,5	4	2,1	1	1,3	11	2,2		
Viúvo/a	42	17,4	41	21,9	29	36,3	112	22		
Divorciado/separado/a	9	3,7	3	1,6	1	1,3	13	2,5		
+ Nível de escolaridade										
Não frequentou/não sabe ler/escrever	62	25,6	38	20,3	23	28,7	123	24,1		
1º ciclo	130	53,7	104	55,6	50	62,4	284	55,8		
2º ciclo	21	8,7	20	10,7	5	6,3	46	9		
3º ciclo	10	4,1	14	7,5	1	1,3	25	4,9		
Ensino secundário	9	3,7	8	4,3	0	0	17	3,4		
Ensino superior	10	4,1	3	1,6	1	1,3	14	2,8		
+ Situação profissional										
Ativo	37	15,3	30	16,0	12	15	79	15,6		
Reformado/aposentado	153	63,2	119	63,6	65	81,3	337	66,3		
Desempregado	38	15,7	30	16,0	3	3,7	71	13,9		
Sem trabalho remunerado	14	5,8	8	4,3	0	0	22	4,3		
+ Fonte de rendimento										
Ordenado mensal	37	15,3	30	16,0	12	15	79	15,6		
Pensão/reforma	153	63,2	119	63,7	65	81,3	337	66,3		
Beneficiários de Subsídios	38	15,7	30	16,0	3	3,7	71	13,9		

Sem rendimento mensal	14	5,8	8	4,3	0	0	22	4,3
+ Composição do agregado familiar								
Sozinho	33	13,6	30	16,0	24	29,4	87	17
Casal	135	55,8	102	54,5	36	45	273	54
Casal e filhos	37	15,3	30	16,0	7	8,8	74	14,5
Mãe /pai e filho(a)	15	6,2	7	3,7	5	6,6	27	5,3
Pais, filhos e netos	19	7,9	15	8,0	6	7,6	40	7,7
ERPI/FAC	3	1,2	3	1,6	2	2,6	8	1,5
+ Tipo de família								
Família unipessoal	33	13,6	30	16,02	24	30	87	17
Família casal	135	55,8	100	53,5	36	45	271	53,3
Família nuclear	37	15,3	30	16,0	7	8,8	74	14,6
Família alargada	19	7,9	15	8,0	6	7,5	40	7,7
Família monoparental	15	6,2	7	3,7	5	6,3	27	5,3
Família reconstituída	0	0	2	1,1	0	0	2	0,4
Família institucional	3	1,2	3	1,6	2	2,5	8	1,6
+ Local de residência								
Rural	214	88,4	165	88,2	72	5,0	451	88,6
Urbano	28	11,6	22	11,8	8	2,5	58	11,4
+ Tipo de habitação								
Moradia/Vivenda	226	93,4	171	91,4	71	88,7	470	92,3
Andar	8	3,3	6	3,2	3	3,8	15	2,9
Parte de moradia/vivenda	7	2,9	7	3,7	4	5	18	3,5
ERPI/FAC	1	0,4	3	1,6	2	2,5	6	1,2
+ Forma de deslocação ao CS/Unidade								
Carro próprio	149	61,6	105	56,1	42	52,6	296	58,2
A pé	38	15,7	37	19,8	10	12,6	85	16,7
Táxi	26	11	22	12	7	8,8	55	10,8
Transporte público	15	6,2	11	5,8	8	10	34	6,7
Carro de familiar	11	4,5	0	0	11	13,4	22	4,3
Carro da instituição/FAC/outros	3	1,2	12	6,4	2	2,6	17	3,3
+ Nível de autonomia na mobilidade								
Independente	203	83,9	157	84	57	71,3	417	82
Independente com limitação	18	7,4	17	9,2	10	12,5	45	8,8
Uso de bengala	13	5,4	7	3,7	8	10	28	5,5
Uso de muleta/canadianas	6	2,5	4	2,1	1	1,3	11	2,2
Uso de bengala quadripé	1	0,4	0	0	0	0	1	0,2
Uso de andarrilho	0	0	1	0,5	3	3,7	4	0,8
Uso de cadeira de rodas	1	0,4	1	0,5	1	1,3	3	0,5
+ Multimorbilidade								
Com 2 doenças	170	70,2	146	78,1	62	77,5	378	74,3
Com 3 doenças	49	20,2	32	17,1	14	17,5	95	18,7
Com 4 doenças	19	7,9	8	4,3	4	5	31	6,1
Com 5 ou + doenças	4	1,7	1	0,5			5	0,9

3.4.6.4.2.1. Características Sociodemográficas da Pessoa com Doença Crônica Influenciadoras da Carga de Trabalho

Intentou-se identificar se as características sociodemográficas dos clientes dos EF podem ser influenciadoras da carga de trabalho nas consultas realizadas no âmbito da gestão da doença crônica.

A Tabela 47 apresenta a correlação entre algumas variáveis quantitativas com a carga de trabalho dos enfermeiros de família. Considerou-se a idade dos clientes, o número de elementos do agregado familiar, o tipo de deslocação à unidade de saúde e o nível de escolaridade, dos utentes que realizaram consulta nas três áreas clínicas. Verificou-se que apenas a correlação da CT vs nível de escolaridade, na AC3, é de fraca magnitude, com orientação negativa e estatisticamente significativa. As restantes variáveis, nas 3 áreas clínicas são de muito fraca magnitude e não-significativas ($p > 0,05$).

Tabela 47 - Correlações entre a carga de trabalho e algumas variáveis sociodemográficas por área clínica

	AC1	AC2	AC3
Idade	-0,04	-0,03	0,05
Nº elementos do agregado familiar	-0,09	0,06	-0,01
Tempo de deslocação ao CS Unidade	0,01	-0,08	-0,11
Nível de escolaridade	0,05	0,05	-0,34 ($p < 0,01$)

Pela Tabela 48 observa-se que existe uma fraca associação entre o sexo, local de residência e contexto da consulta com a carga de trabalho dos EF, uma vez que $\eta^2 < 10\%$.

Tabela 48 - Associação Eta entre a carga de trabalho e algumas variáveis nominais dicotómicas por área clínica

	AC1	AC2	AC3
Sexo	0,045 (0,20%)	0,052 (0,27%)	0,056 (0,31%)
Local de residência	0,182 (3,3%)	0,317 (10%)	0,274 (7,5%)
Contexto da consulta	0,039 (0,15%)	0,029 (0,08%)	0,011 (0,01%)

Carga de trabalho, é a variável dependente.

Tabela 49 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado do utente civil por área clínica

Áreas clínicas	Estado civil	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>x</i>	<i>S</i>
AC1	Solteiro(a)	23	887	8520	2830	2138,0
	Casado(a)	162	847	9420	2713	1831,2
	União de facto	6	962	5460	2808	1536,9
	Viúvo(a)	42	1080	9000	2476	1569,5
	Divorciado(a)/separado(a)	9	1285	5160	2657	1382,2
AC2	Solteiro(a)	17	1055	8280	2586	2227,8
	Casado(a)	122	637	9360	2661	2073,1
	União de facto	4	915	1115	999	85,8
	Viúvo(a)	41	608	8340	2718	2033,0
	Divorciado(a)/separado(a)	3	585	5940	2780	2804,9
AC3	Solteiro(a)	11	740	8760	3123	3238,8
	Casado(a)	38	600	6480	1859	1525,1
	União de facto	1	1340	1340	1340	---
	Viúvo(a)	29	601	9360	2177	1909,3
	Divorciado(a)/separado(a)	1	1080	1080	1080	---

Na tabela 49 é apresentado para um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, a análise da correlação entre o estado civil dos clientes dos EF. Para o nível de significância estabelecido não existem diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado civil dos utentes. Contudo, a carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa com HTA regista diferenças marginalmente significativas ($p=0,053$).

Tabela 50 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado civil do utente por área clínica

Estado civil	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Solteiro(a)	23	118,87	17	91,59	11	42,14
Casado(a)	162	121,86	122	94,29	38	38,21
União de facto	6	141,25	4	16,75	1	40,00
Viúvo(a)	42	118,08	41	102,01	29	43,55
Divorciado(a)/separado(a)	9	124,50	3	89,33	1	21,50

Tabela 51 - Teste H Kreuskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função do estado civil do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	G1	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	0,631	4	0,960
	AC2	9,106	4	0,058
	AC3	1,593	4	0,810

Procurou-se identificar se o nível de escolaridade dos utentes é influenciador da carga de trabalho, tal como se pode verificar na tabela 52.

Tabela 52 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade do utente por área clínica

Áreas clínicas	Nível de escolaridade	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>x</i>	<i>s</i>
AC1	Não frequentou/não sabe ler/escrever	62	847	8160	2342	1253,3
	1º ciclo	130	900	9420	2832	1971,4
	2º ciclo	21	1000	7485	2825	1781,3
	3º ciclo	10	1051	8400	3458	2503,5
	Secundário	9	1440	2990	2060	507,3
	Ensino superior	10	1075	7809	2363	1968,4
C2	Não frequentou/não sabe ler/escrever	38	915	8340	2536	2152,4
	1º ciclo	104	585	9360	2720	2179,4
	2º ciclo	20	637	6480	2802	1815,1
	3º ciclo	14	774	6840	2023	1559,8
	Secundário	8	1260	5490	2356	1336,2
	Ensino superior	3	1380	6480	3290	2780,5
AC3	Não frequentou/não sabe ler/escrever	23	1080	9360	2901	2413,8
	1º ciclo	50	600	8760	1810	1690,6
	2º ciclo	5	930	6120	2185	2222,7
	3º ciclo	1	1260	1260	1260	---
	Ensino superior	1	1180	1180	1180	---

A um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, existem evidências estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa em HIPO. Neste caso, a deteção dos pares significativamente diferentes foi efetuada pelo *post-hoc* de Dunn-Bonferroni. As diferenças ocorrem entre as pessoas que não frequentaram nenhum nível de ensino *vs* e pessoas com o 1º ciclo ($p=0.020$), devido à maior carga de trabalho dos enfermeiros de família com pessoas sem qualquer nível de escolaridade. Nas restantes áreas clínicas, não existem diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade das pessoas em consulta.

Tabela 53 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade do utente por área clínica

Nível de escolaridade	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Não frequentou/não sabe ler/escrever	62	111.85	38	88.54	23	53.52
1º ciclo	130	125.46	104	94.60	50	35.43
2º ciclo	21	128.55	20	103.63	5	35.50
3º ciclo	10	150.05	14	78.61	1	32.00
Secundário	9	109.44	8	107.25	---	---
Ensino superior	10	93.20	3	114.83	1	28.00

Tabela 54 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função do nível de escolaridade do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	5.792	6	0.447
	AC2	3.088	5	0.686
	AC3	10.262	4	0.036*

* diferenças estatisticamente significativas entre os que não frequentaram nenhum nível de ensino/não ler nem escrever vs 1º ciclo ($p=0.020$), pelo teste de Dunn-Bonferroni.

A situação profissional dos utentes que realizam consulta de enfermagem no âmbito da vigilância da doença crónica, parece não ser influenciadora da carga de trabalho dos EF, tal como se pode confirmar pela análise das Tabelas, 55, 56, 57.

Tabela 55 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional do utente por área clínica

Áreas clínicas	Situação profissional	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>x</i>	<i>s</i>
AC1	Desempregado (a)	38	887	7690	3489	1329,8
	Reformado(a) aposentado(a)	153	847	9420	2738	1938,6
	Sem trabalho remunerado	14	962	4560	2599	1008,9
	Ativo	37	945	8160	2599	1607,6
AC2	Desempregado(a)	30	585	5940	2050	1307,0
	Reformado(a)/aposentado(a)	119	637	9000	2582	2102,8
	Sem trabalho remunerado	8	915	9360	4116	3268,4
	Ativo	30	608	6840	3024	1973,4
AC3	Desempregado(a)	1	740	1340	1124	229,6
	Reformado(a)/aposentado(a)	65	600	9360	2194	1943,7
	Sem trabalho remunerado	2	1065	1068	1066	2,1
	Ativo	12	1520	8760	5140	5119,5

A um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, não existem diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional dos utentes. Contudo, a carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa em HIPO regista diferenças marginalmente significativas ($p=0,053$).

Tabela 56 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional do utente por área clínica

Situação profissional	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Desempregado	38	124,78	30	84,18	1	25,50
Reformado/aposentado	153	118,71	119	91,31	65	42,32
Sem trabalho remunerado	14	132,42	8	108,81	2	16,50
Ativo	37	122,86	30	110,53	12	62,50

Tabela 57 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da situação profissional do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	3,149	4	0,533
	AC2	4,679	3	0,197
	AC3	7,682	3	0,053

A composição do agregado familiar foi também considerada na análise da influência da carga de trabalho do EF. A um nível de significância de 5%, pelo teste *H Kruskal-Wallis*, não existem diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos EF em função do agregado familiar. Os resultados do estudo apontam para que esta variável sociodemográfica não seja influenciadora da carga de trabalho nas consultas à pessoa com DC. Este resultado pode ser verificado nas Tabelas 58, 59 e 60.

Tabela 58 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da composição do agregado familiar por área clínica

Áreas clínicas	Composição do agregado familiar	<i>n</i>	Mín	Máx	\bar{x}	<i>s</i>
AC1	Sozinho	33	847	9000	2439	1603,5
	Casal	135	900	9420	2939	2017,4
	Casal e filhos	37	945	5880	2312	1185,3
	ERPI/FAC	37	887	8160	2926	1955,7
AC2	Sozinho	30	608	8340	2500	1936,5
	Casal	102	637	9360	2685	2216,4
	Casal e filhos	30	585	9000	2819	1999,7
	Casal com filhos e outros familiares	15	960	8280	3045	2523,6
	Outros	10	1130	6840	2202	1891,9
AC3	Sozinho	24	690	8760	2109	1954,8
	Casal	30	600	6120	1788	1460,9
	Casal e filhos	5	960	6480	2464	2278,7
	Casal com filhos e outros familiares	6	601	9360	2253	2256,8
	Outros	7	1180	7800	3206	3143,9

Tabela 59 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da composição do agregado familiar por área clínica

Composição do agregado familiar	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Sozinho	33	111,21	30	93,14	24	41,08
Casal	135	128,98	102	92,24	36	36,47
Casal e filhos	36	116,08	30	102,06	7	47,00
Casal com filhos e outros familiares	--	---	15	100,94	6	41,14
Outros	28	130,45	10	79,71	7	49,86

Tabela 60 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da composição do agregado familiar por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	3,500	3	0,321
	AC2	1,854	4	0,763
	AC3	2,457	4	0,652

A tipologia dos agregados familiares da pessoa em vigilância na consulta de enfermagem foi também analisada a um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis. Verificou-se existirem evidências estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa com HTA. Neste caso, a deteção dos pares significativamente diferentes foi efetuada pelo *post-hoc* de Dunn-Bonferroni. As diferenças ocorrem entre a tipologia familiar casal *vs* família nuclear ($p=0,013$) e família casal *vs* família alargada ($p=00,47$), em ambos os casos devido à menor carga de trabalho provocada aos enfermeiros de família por parte da tipologia familiar casal. Nas restantes áreas clínicas, não existem diferenças estatisticamente significativas na CTE em função da tipologia familiar. Estes resultados são mostrados pelas Tabelas 61, 62 e 63.

Tabela 61 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia familiar por área clínica

Áreas clínicas	Tipologia familiar	<i>N</i>	Min	Máx	\bar{x}	<i>s</i>
AC1	Família casal	135	900	9420	2767	1881,3
	Família nuclear	37	847	5880	2444	1212,6
	Família monoparental	15	1285	6730	2397	1506,0
	Família institucional	3	1920	2340	2130	297,0
	Família unipessoal	33	900	9000	2776	2037,3
	Família alargada	19	1240	8160	2589	1743,5
AC2	Família casal	100	637	9360	2389	1977,4
	Família nuclear	30	915	7080	2936	1822,4
	Família reconstruída	2	1115	1360	1237	173,2
	Família monoparental	7	585	6840	2070	2163,6
	Família institucional	3	1130	1255	1192	88,4
	Família unipessoal	30	960	8340	3019	2262,5
	Família alargada	15	1100	9000	3610	2565,8
AC3	Família casal	36	600	6480	1825	1522,9
	Família nuclear	7	930	3660	1830	877,7
	Família monoparental	5	1065	3600	1928	1000,0
	Família institucional	2	1180	7800	4490	4681,0
	Família unipessoal	24	740	8760	2503	2526,4
	Família alargada	6	601	9360	2669	3300,8

Tabela 62 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia familiar por área clínica

Tipologia familiar	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Família casual	135	122,82	100	85,33	36	36,55
Família nuclear	37	124,95	30	113,30	7	47,50
Família monoparental	15	106,00	7	73,86	5	47,10
Família institucional	3	118,00	3	38,75	2	52,75
Família unipessoal	33	121,64	30	105,97	24	41,96
Família alargada	19	120,46	17	115,13	6	43,92

Tabela 63 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da tipologia familiar por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	G1	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	1,333	7	0,988
	AC2	15,333	7	0,032*
	AC3	3,765	7	0,806

* diferenças estatisticamente significativas entre família casual *vs* família nuclear ($p=0,013$) e família casual *vs* família alargada ($p=00,47$), pelo teste de Dunn-Bonferroni.

Procurou-se identificar se a forma deslocação às unidades de saúde se relacionam com a carga de trabalho dos EF, tal como é explanado nas Tabelas 64, 65 e 66. Verificou-se que a um nível de significância idêntico ao utilizado na análise das variáveis anteriores, não existe diferença estatisticamente significativas na CTE e a forma de deslocação utilizado pelos utentes.

Tabela 64 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da forma de deslocação do utente por área clínica.

Áreas clínicas	Forma de deslocação	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>x</i>	<i>S</i>
AC1	A pé	38	900	8880	2763	1977,2
	Carro próprio	149	847	9420	2774	1877,6
	Táxi	26	887	9000	2513	1544,5
	Transporte público	15	1350	6730	2400	1335,1
	Carro familiar/ERPI/FAC	14	1220	4700	2113	965,6
AC2	A pé	37	915	9360	2998	2320,2
	Carro próprio	105	608	8280	2655	2048,5
	Táxi	22	903	8280	2774	2348,4
	Transporte público	11	585	3692	1664	829,0
	Carro familiar/ERPI/FAC	12	1020	4621	1943	1254,7
AC3	A pé	10	900	1909	1328	394,3
	Carro próprio	42	601	8760	2296	1982,3
	Táxi	7	690	1740	1244	411,9
	Transporte público	8	600	1730	1269	455,3
	Carro familiar/ERPI/FAC	13	1080	9360	3230	3010,3

Tabela 65 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da forma de deslocação do utente por área clínica

Forma de deslocação	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>n</i>	<i>Mean Rank</i>
A pé	38	122,74	37	106,68	10	33,25
Carro próprio	149	123,48	105	94,06	42	42,68
Táxi	26	122,46	22	92,25	7	30,50
Transporte público	15	115,93	11	73,36	8	30,88
Carro familiar/ERPI/FAC	14	101,29	12	76,50	13	50,35

Tabela 66 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da forma de deslocação do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	1,398	4	0,845
	AC2	4,906	4	0,297
	AC3	6,348	4	0,175

A característica da habitação dos utentes também não se mostrou influenciadora da carga de trabalho, tal como se apura através das Tabelas 67, 68 e 69.

Tabela 67 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função das características da habitação do utente por área clínica

Áreas clínicas	Características da habitação	<i>n</i>	Min	Máx	<i>x</i>	<i>s</i>
AC1	Morada/Vivenda	226	847	9420	2614	1696,8
	Parte de moradia/vivenda	7	1850	7809	3623	2837,3
	Andar	8	1293	9000	3601	2770,8
	ERPI/FAC	1	2610	2610	2610	---
AC2	Morada/Vivenda	172	585	9000	2618	2018,7
	Parte de moradia/vivenda	6	608	9360	2784	3311,3
	Andar	7	1293	6840	3069	2471,2
	ERPI/FAC	3	2568	2568	2568	---
AC3	Morada/Vivenda	71	600	9360	2115	1972,2
	Parte de moradia/vivenda	3	1068	1505	1218	248,9
	Andar	4	1155	1900	1630	333,2
	ERPI/FAC	2	2400	7800	5100	3818,4

Tabela 68 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função das características da habitação do utente por área clínica

Características da habitação	AC1		AC2		AC3	
	Carga Trab.		Carga Trab.		Carga Trab.	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Morada/Vivenda	226	119,77	171	93,86	71	39,71
Andar	8	149,75	6	81,08	3	27,50
Parte de moradia/vivenda	7	137,58	7	109,21	4	48,88
ERPI/FAC	1	164,50	3	50,00	---	---

Tabela 69 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função das características da habitação do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	1,945	4	0,746
	AC2	2,076	4	0,722
	AC3	5,045	3	0,169

A fonte de rendimento foi também investigada no que se reporta a identificar as variáveis sociodemográficas dos utentes na medida em que elas podem influenciar a CTE.

A Tabela 70 mostra a dimensão da amostra, os valores mínimos e máximos, médias e desvio-padrão da carga de trabalho em função do rendimento da pessoa em consulta por área clínica. A um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento dos utentes, o que se pode confirmar pelas Tabelas 71 e 72.

Tabela 70 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento do utente por área clínica

Áreas clínicas	Fonte de rendimento	<i>n</i>	Min	Máx	\bar{x}	<i>s</i>
AC1	Ordenado mensal	37	945	8160	2417	1368,9
	Pensão/reforma	153	847	9420	2814	2025,0
	Beneficiário de subsídios de desemprego	38	2610	2690	2650	56,6
	Sem rendimento mensal	14	962	7200	2483	1505,8
AC2	Ordenado mensal	30	608	6840	2451	1733,7
	Pensão/reforma	119	637	9360	2703	2197,3
	Beneficiário do subsídio de desemprego	30	1573	5940	3249	2353,6
	Sem rendimento mensal	8	585	7080	2687	2374,4
AC3	Ordenado mensal	12	850	8760	2141	2217,2
	Pensão/reforma	65	600	9360	2182	1978,4
	Beneficiário do subsídio de desemprego	1	930	930	930	---
	Sem rendimento mensal	2	1065	1068	1066	2,1

Tabela 71 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento do utente por área clínica

Fonte de rendimento	AC1		AC2		AC3	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Ordenado mensal	37	116,28	30	93,33	12	40,46
Pensão/reforma	153	121,04	119	94,50	65	41,69
Beneficiário do subsídio de desemprego	38	156,50	30	123,33	1	11,50
Sem rendimento mensal	14	121,36	8	81,63	2	16,50

Tabela 72 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função da fonte de rendimento do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	6,829	6	0,337
	AC2	1,328	4	0,857
	AC3	3,864	3	0,277

Outra variável estudada com o objetivo de verificar a influência na carga de trabalho do EF, foi o nível de dependência dos seus utentes com DC. A Tabela 73 mostra o índice de dependência dos utentes por área clínica e a carga de trabalho em função desse índice. A um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, não existem diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função do índice de dependência na mobilidade dos utentes. Contudo, a carga de trabalho dos enfermeiros de família na consulta à pessoa em HIPO, regista diferenças marginalmente significativas ($p=0,074$) dados que podem ser verificados através das Tabelas 74 e 75.

Tabela 73 - Dimensão da amostra, valores mínimos e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros em função do grau de dependência na mobilidade do utente por área clínica

Áreas clínicas	Grau de dep. na mobilidade	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>x</i>	<i>s</i>
AC1	Independente	203	847	9420	2676	1784,7
	Independente com limitação	18	1107	9000	2838	2009,9
	Uso de bengala	13	1110	2940	1942	542,1
	Uso de bengala quadripé	1	6120	6120	6120	---
	Uso de muleta/canadianas	6	1545	8160	3575	2494,2
	Uso de cadeira de rodas	1	2226	2226	2226	---
AC2	Independente	157	585	9000	2589	1958,0
	Independente com limitação	15	774	9360	2982	2850,1
	Uso de bengala	7	1130	8280	3179	3102,7
	Uso de muleta/canadianas	4	1140	5040	3222	1904,7
	Uso de andariño	1	1180	1180	1180	---
	Uso de cadeira de rodas	1	2058	2058	2058	---
AC3	Independente	57	600	8760	1997	1761,8
	Independente com limitação	10	601	9360	2184	2665,3
	Uso de bengala	8	711	2400	1487	504,9
	Uso de muleta/canadianas	1	1080	1080	1080	---
	Uso de andariño	3	2322	7800	4574	2865,9
	Uso de cadeira de rodas	1	2420	7800	5110	3804,2

Tabela 74 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros em função do grau de dependência na mobilidade do utente por área clínica

Grau de dep. na mobilidade	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
Independente	203	121,57	157	92,90	57	39,33

Ind. com limitação	18	123,72	17	92,10	10	34,10
Uso de bengala	13	94,46	7	92,36	8	40,19
Uso de bengala quadripé	1	226,00	---	---	---	---
Uso de muleta/canadianas	6	151,92	4	111,88	1	21,50
Uso de cadeira de rodas	1	131,00	1	109,00	1	71,75
Uso de andarilho	---	---	1	34,50	3	70,00

Tabela 75 - Teste H Kruskal-Wallis para a carga de trabalho dos enfermeiros em função do grau de dependência na mobilidade do utente por área clínica

	Áreas clínicas	Kruskal-Wallis H	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	5,337	5	0,376
	AC2	1,786	5	0,878
	AC3	10,027	5	0,074

A Tabela 76 exhibe a carga de EF na consulta à pessoa com outras morbilidades, além da doença pela qual realiza consulta de vigilância. Em termos absolutos, quanto maior morbilidade, maior é a carga de trabalho dos enfermeiros. Porém, é também nestes grupos que a dispersão é mais elevada. Contudo, com base nestes dados se pode afirmar que a carga de trabalho dos enfermeiros é significativamente diferente em função da multimorbilidade dos utentes.

Tabela 76 - Tamanho da amostra, valores mínimo e máximo, média e desvio-padrão da carga de trabalho dos enfermeiros, em função do número de doenças por utente

Nº de doenças	<i>n</i>	Mín	Máx	<i>x</i>	<i>S</i>
2 doenças	378	600	9420	2551	1882,1
3 doenças	95	585	9360	2383	1809,5
4 doenças	31	804	8220	3453	2474,6
5 ou mais doenças	5	1180	8160	2908	2973,0

A Tabela 77 apresenta os resultados da comparação da carga de trabalho dos enfermeiros em função do número de doenças dos utentes. A um nível de significância de 5%, pelo teste H Kruskal-Wallis, verifica-se que a carga de trabalho dos enfermeiros, no âmbito da consulta de vigilância à pessoa com doença crónica, não difere conforme o número de doenças apresentadas pelos utentes. Ou seja, independentemente da multimorbilidade dos utentes os enfermeiros de família têm cargas de trabalho similares.

Tabela 77 - Teste H Kruskal-Wallis para comparar a carga de trabalho dos enfermeiros em função do número de doenças por utente

Nº de doenças	Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank

2 doenças	378	252,73
3 doenças	95	246,34
4 doenças	31	311,32
5 ou mais doenças	5	241,80
Kruskal-Wallis H	$H_{(3)}=5,005; p=0,171$	

A um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, verifica-se que existem evidências de diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros da área clínica 2, em função do número de doenças dos utentes ($p=0,047$). Já nas AC1 e AC3, não existem diferenças estatisticamente significativas na carga de trabalho dos enfermeiros em função do número de doenças dos utentes. Contudo, na AC2 a carga de trabalho dos enfermeiros regista diferenças marginalmente significativas ($p=0,085$) como observado na Tabela 79.

Tabela 78 - Dimensão da amostra e mean rank da carga de trabalho dos enfermeiros por número de doenças por área clínica

Multimorbilidade	AC1		AC2		AC3	
	Carga de Trabalho		Carga de Trabalho		Carga de Trabalho	
	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank	<i>n</i>	Mean Rank
2 doenças	170	123,30	146	96,32	62	37,48
3 doenças	49	111,30	32	75,61	14	52,43
4 doenças	19	132,71	8	132,56	4	45,50
5 ou mais doenças	4	116,63	1	35,50	---	---

Tabela 79 - Teste *H* Kruskal-Wallis para comparar a carga de trabalho dos enfermeiros por número de doenças por área clínica

	Áreas clínicas	<i>H</i> Kruskal-Wallis	gl	<i>p</i>
Carga de trabalho	AC1	1,661	3	0,646
	AC2	9,192	3	0,027*
	AC3	4,921	2	0,085

* diferenças estatisticamente significativas entre utentes com 3 doenças *vs* utentes com 4 doenças ($p=0,047$), pelo teste de Dunn-Bonferroni.

Para efeitos de influência na carga de trabalho dos enfermeiros de família, considera-se as variáveis representadas por $n \geq 5$ utentes. Assim, as variáveis sociodemográficas relativas às pessoas em consulta de vigilância da DC que mais influenciam a carga de trabalho dos enfermeiros de família por área clínica em vigilância estão apresentadas na Tabela 80. Na consulta à pessoa com DM (AC1) verificou-se que o estado civil de solteiro(a) e casado (a) influenciam a carga de trabalho, sendo identificado o nível de escolaridade com 1º, 2º e 3º ciclos, os reformados/aposentados, as tipologias familiares: famílias casal, famílias alargadas e famílias unipessoais foram também identificadas. No que se reporta ao transporte utilizado ou à forma de deslocação usada para chegar à unidade de saúde verificou-se que são as pessoas que utilizam carro próprio ou vão a pé as que geram de maior carga de trabalho. O

mesmo se verifica quanto ao nível de dependência na mobilidade sendo que as pessoas independentes e os independentes com limitação e os que usam muletas/canadianas contribuem de forma mais significativa para a carga de trabalho do EF. Na consulta à pessoa na AC2 apuraram-se as seguintes variáveis sociodemográficas como geradoras de carga de trabalho dos EF: as pessoas viúvas com nível de escolaridade com 1º e 2º nível de ensino, e ativos ou sem trabalho remunerado, integrados em família alargadas, nucleares e unipessoais. As pessoas que utilizam o táxi ou vão a pé à unidade de saúde foram também identificadas como geradoras de mais carga de trabalho à semelhança das que vivem em andares ou moradias, que não tem rendimento mensal fixo, apresentam limitação na mobilidade ou usam bengala. Quanto à consulta à pessoa em HIPO oral (AC3) verificou-se que são as pessoas solteiras, que não frequentaram nenhum nível de escolaridade inseridos em tipologias familiares alargadas em que a forma de deslocação pode ser o uso de carro de vizinhos/familiares/instituição, que maior carga de trabalho produz aos enfermeiros de família.

Tabela 80 – Resumos das variáveis sociodemográficas dos utentes por área clínica

Variáveis sociodemográficas	AC1	AC2	AC3
Estado civil	solteiro(a) casado(a)	viúvo(a)	solteiro(a)
Nível de escolaridade	3º ciclo 1º ciclo 2º ciclo	2º ciclo 1º ciclo	não frequentou nível de ensino
Situação profissional	reformado(a)/aposentado(a) Ativo	sem trabalho remunerado Ativo	---
Tipologia familiar	Família alargada Família unipessoal Família casal	Família alargada Família unipessoal Família nuclear	Família alargada
Forma de deslocação	carro próprio a pé	a pé Táxi	carro familiares/viz./ins
Características da habitação	moradia/vivenda	Andar parte de moradia/vivenda moradia/vivenda	---
Fonte de rendimento	pensão/reforma	pensão/reforma sem rendimento mensal	---
Grau de dependência na mobilidade	uso de muleta/canadianas independente com limitação Independente	uso de bengala independente com limitação	---
Multimorbilidade	---	3 doenças 4 doenças	---

3.4.6.4.3. Intervenções Preditoras da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com Doença Crónica

Para responder ao objetivo acima mencionado, apresenta-se na Tabela 81 as correlações entre a carga de trabalho dos Enfermeiros no âmbito da doença crónica (e.g. inclui as AC1, AC2 e AC3) *vs* intervenções realizadas por EF. Na Tabela 81 estão apresentadas todas as intervenções que foram realizadas pelos EF nas consultas à pessoa com doença crónica AC1, AC2, AC3, as intervenções identificadas com * são estatisticamente significativas, contudo de notar que em alguns casos as correlações de forte magnitude são não-significativas decorrentes do número utentes considerados na variável. As intervenções estão apresentadas na tabela por ordem decrescente quanto ao nível de correlação, isto é, de um nível de correção fortes ($0.70 \leq r \leq 0.89$) para um nível de correlação muito fraco ($r \leq 0.19$).

Tabela 81 - Matriz de correlações ordenada decrescentemente entre a carga de trabalho dos enfermeiros *vs* intervenções realizadas

Intervenções	R	p
Ensinar sobre hábitos de saúde	0,92	<0,001*
Ensinar sobre autoadministração de medicamentos	0,87	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para prevenir a perda sanguínea	0,86	<0,001*
Ensinar sobre complicações da adesão ao regime de imunização vacinação	0,85	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de saúde	0,83	<0,001*
Ensinar sobre as complicações do consumo excessivo de álcool	0,82	0,089
Ensinar sobre doença	0,80	<0,001*
Avaliar INR	0,79	<0,001*
Avaliar comportamento de adesão ao regime dietético	0,79	<0,001*
Ensinar sobre cuidados alimentares	0,78	<0,001*
Ensinar sobre padrão alimentar	0,78	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para prevenir HTA	0,77	<0,001*
Avaliar a autoadministração de medicamentos	0,76	<0,001*
Avaliar adesão ao regime de exercício físico	0,76	<0,001*
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime dietético	0,75	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de álcool	0,75	<0,001*
Avaliar o comportamento de adesão ao regime medicamentoso	0,75	<0,001*
Avaliar o conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime terapêutico	0,74	<0,001*
Avaliar o comportamento de adesão sobre autovigilância autocontrolo dos pés	0,73	<0,001*
Avaliar o conhecimento e potencial para aumentar conhecimento para a prevenção da úlcera diabética	0,73	<0,001*
Avaliar conhecimento sobre doença	0,72	<0,001*
Ensinar sobre a importância de realizar autovigilância autocontrolo	0,71	0,077
Avaliar o conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso	0,71	<0,001*
Avaliar o conhecimento sobre autovigilância autocontrolo da pressão arterial	0,71	<0,001*
Avaliar conhecimento, potencial para melhorar conhecimento sobre processo patológico	0,70	<0,001*
Avaliar o comportamento de adesão ao regime terapêutico	0,70	<0,001*
Administrar vacina	0,68	<0,001*
Documentação de cuidados	0,68	<0,001*

Ensinar sobre exercício físico	0,68	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de álcool	0,67	0,003*
Avaliar pressão arterial	0,67	<0,001*
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime de exercício físico	0,67	<0,001*
Avaliação inicial	0,66	<0,001*
Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso	0,66	<0,001*
Ensinar sobre a importância da autovigilância autocontrole da pressão arterial	0,65	<0,001*
Ensinar sobre imunização vacinação	0,65	<0,001*
Promover a adesão à vacinação	0,65	<0,001*
Avaliar consumo de tabaco	0,64	<0,001*
Avaliar consumo de álcool	0,64	<0,001*
Ensinar sobre alimentação	0,64	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de tabaco	0,63	0,005*
Avaliar frequência cardíaca	0,63	<0,001*
Avaliar conhecimento sobre autovigilância autocontrole dos pés	0,63	<0,001*
Ensinar sobre HIPO	0,62	<0,001*
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para realizar autovigilância autocontrole	0,62	<0,001*
Ensinar sobre o malefício do consumo de substâncias	-0,62	0,379
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime dietético	0,60	<0,001*
Ensinar sobre a prevenção de úlcera diabética	0,60	<0,001*
Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime de exercício físico	0,59	<0,001*
Avaliar comportamento de adesão à autovigilância autocontrole da pressão arterial	0,59	<0,001*
Elaborar um plano alimentar	0,59	<0,001*
Avaliar perímetro abdominal	0,56	<0,001*
Ensinar sobre a importância de adesão ao regime terapêutico	0,56	<0,001*
Avaliar comportamento de adesão à autovigilância autocontrole da glicemia capilar	0,55	<0,001*
Avaliar conhecimento e o potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime de imunização	0,54	0,001*
Ensinar sobre a importância de adesão à autovigilância autocontrole da glicemia capilar	0,54	<0,001*
Ensinar sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor	0,54	0,030*
Ensinar sobre sinais de hipo e hiperglicemia	0,52	<0,001*
Acolhimento da pessoa	0,51	<0,001*
Avaliar altura	0,51	<0,001*
Avaliar conhecimento sobre autovigilância autocontrole da glicemia capilar	0,51	<0,001*
Elaborar um plano de exercício físico	0,51	0,001*
Procedimentos de controlo de infeção	0,50	<0,001*
Ensinar sobre DM	0,49	<0,001*
Avaliar a adesão ao regime de imunização	0,48	<0,001*
Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde	0,46	<0,001*
Ensinar sobre estratégias adaptativas	0,46	<0,001*
Procedimentos de continuidade de cuidados	0,40	<0,001*
Avaliar o risco de úlcera diabética	0,39	<0,001*
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre DM	0,37	<0,001*
Avaliar IMC	0,37	<0,001*
Avaliar a aceitação do estado de saúde	0,36	0,006*
Incentivar a comunicação de emoções	0,34	<0,001*
Ensinar sobre a importância da autovigilância autocontrole dos pés	0,33	<0,001*
Avaliar peso	0,32	<0,001*
Treinar a autovigilância autocontrole	-0,29	0,383
Avaliar o conhecimento, potencial e capacidade para autoadministração de medicamentos	0,26	0,176
Avaliar Hba1c	0,24	0,042*
Ensinar sobre processo patológico	0,16	0,733

Avaliar o conhecimento sobre obesidade excesso de peso	0,13	0,835
Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco	-0,10	0,809
Avaliar parâmetros de urina	0,07	0,903
Ensinar sobre as complicações do processo patológico	0,01	0,992

As correlações assinaladas com asterisco (*) são as estatisticamente significativas

A Tabela 82 apresenta os resultados da correlação de *Spearman* entre as cargas de trabalho dos enfermeiros que realizaram consulta à pessoa por área clínica. Todas as correlações são de forte magnitude, com orientação positiva (e.g. ao aumento do valor da uma variável corresponde o aumento do valor da outra variável) e estatisticamente significativas ($p < 0.01$).

Tabela 82 - Correlação entre as cargas de trabalho dos enfermeiros pelas três áreas clínicas

	CT AC2	CT AC3
CT AC1	0,815**	0,767*
CT AC2	---	0,770*

* $p < 0.01$

Nota prévia:

- (1) cada enfermeiro foi posicionado em apenas numa consulta de vigilância: pessoa com DM, HTA ou HIPO.
- (2) quando um enfermeiro apresentava mais do que um registo (numa determinada consulta da pessoa com DM, HTA e HIPO), era-lhe atribuída a média das cargas de trabalho. Por exemplo, se um enfermeiro registasse as seguintes cargas de trabalho (segundos), decorrentes de 3 intervenções na consulta à pessoa em HIPO: 608, 1107 e 1060, era-lhe atribuída a carga de trabalho de 925 segundos.
- (3) vários EF estiveram envolvidos em consultas a pessoa com DM, HTA e HIPO. Assim, o posicionamento da carga de trabalho de um EF por consulta deveu-se à maior carga de trabalho que cada EF apresentava nas 3 consultas que realizou. Por exemplo, um enfermeiro que registasse uma média de carga de trabalho de 1870 segundos na consulta à pessoa com DM, 1060 segundos na consulta à pessoa com HTA e 925 segundos na consulta à pessoa em HIPO, foi colocado na consulta à pessoa com DM, dado apresentar o valor mais elevado.

A Tabela 83 apresenta o tamanho da amostra, a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo relativo à carga de trabalho dos EF na consulta à pessoa com doença crónica. Verificou-se que dos EF que realizaram consulta nas três dimensões a serem consideradas como DC para efeitos de estudo 36 contribuíram com resultados nas 3 áreas clínicas em estudo. Sendo que na consulta à pessoa com DM o tempo máximo de consulta foi de 8040 seg. (134 min.) a média de 3114 (51,9 min) e a mínima de 887 (14,7 min). A carga máxima de trabalho foi produzida na consulta à pessoa com DM e a carga mínima na consulta à pessoa em HIPO.

Tabela 83 - Distribuição da média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo da carga de trabalho dos enfermeiros ao utente com doença crónica

	<i>n</i>	<i>x</i>	<i>S</i>	CV	Mín	Máx
CT EF AC1	36	3114	2046,6	65,7	887	8040

CT EF AC2	10	2557	2034,9	79,6	941	6465
CT EF AC3	4	2851	2557,9	89,7	601	6480

A Tabela 84 apresenta os resultados da comparação da carga de trabalho entre os EF nas consultas à pessoa com DC. A um nível de significância de 5%, pelo teste *H* Kruskal-Wallis, não existem diferenças significativas na carga de trabalho dos EF nas 3 áreas clínicas, o que é sugestivo que, independentemente da consulta realizada (pessoa com DM, HTA ou em HIPO), os enfermeiros têm cargas de trabalho idênticas.

Tabela 84 - Comparação da carga de trabalho entre os enfermeiros por área clínica

	<i>Mean Rank</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
CT enfermeiros AC1 (<i>n</i> =36)	27,42		
CT enfermeiros AC2(<i>n</i> =10)	19,40	2,449	0,294
CT enfermeiros AC3 (<i>n</i> =4)	23,50		

3.4.6.4.4. Distribuição das Cargas de Trabalho por Área Clínica

Procurou-se entender qual a distribuição da CT nas áreas clínicas em análise, para o efeito recorreu-se ao coeficiente de Gini e à curva de Lorenz.

A Tabela 85 apresenta os resultados do coeficiente de Gini referentes à CTE nos vários subdomínios do cuidado à pessoa com DM. Assinalado com asterisco estão identificados os subdomínios de carácter não assistencial, sendo que as restantes são dos subdomínios de carácter assistencial. De uma forma geral, os subdomínios de carácter assistencial têm coeficiente de Gini mais baixo (exceto os subdomínios administrar, assistir e incentivar), isto significa que há uma maior equidade na distribuição da carga de trabalho pelos enfermeiros de família. Do domínio não assistencial todos os subdomínios mostram uma moderada desigualdade na distribuição da CTE, contudo no domínio assistencial são os subdomínios administrar, assistir e incentivar onde se verifica essa desigualdade.

Tabela 85 - Coeficiente de Gini por subdomínio da carga de trabalho dos enfermeiros na área clínica 1

Carga de Trabalho/subdomínio	<i>G</i>	Classificação
CT avaliar	0,416455	[5]
CT monitorizar	0,420383	[5]
CT ensinar	0,357379	[4]
CT executar	0,453333	[5]
CT elaborar	0,357751	[4]
CT treinar	0,250163	[3]
CT promover	0,346228	[4]
CT administrar	0,466501	[5]

CT referenciar	---	---
CT assistir	0,485090	[5]
CT incentivar	0,473171	[5]
CT acolhimento *	0,486049	[5]
CT procedimentos CI*	0,423379	[5]
CT procedimentos CC*	0,437201	[5]
CT documentação *	0,432715	[5]

* subdomínios não assistenciais.

A Tabela 86 apresenta os resultados do coeficiente de Gini referentes à carga de trabalho dos EF nos vários subdomínios na consulta à pessoa com HTA. Assinalado com asterisco estão os subdomínios não assistenciais, sendo que as restantes dizem respeito a subdomínios assistenciais. De uma forma geral, quer nos subdomínios dos cuidados assistenciais quer nos subdomínios dos cuidados não assistenciais verifica-se um grau de moderada desigualdade na distribuição da CTE. As exceções ocorrem no subdomínio administrar (domínio assistencial) e procedimentos de cuidados de continuidade (domínio não assistencial) onde ocorre uma relativa igualdade, bem como nos procedimentos de controlo da infeção (domínio não assistencial) onde se verifica grande desigualdade na carga de trabalho dos enfermeiros de família.

Tabela 86 - Coeficiente de Gini em cada subdomínio da carga de trabalho dos enfermeiros na área clínica 2

Carga de Trabalho/subdomínio	G	Classificação
CT avaliar	0,511233	[6]
CT monitorizar	0,431973	[5]
CT ensinar	0,404267	[5]
CT assistir	0,426713	[5]
CT incentivar	0,434559	[5]
CT referenciar	0,300000	[4]
CT administrar	0,327890	[4]
CT acolhimento *	0,440525	[5]
CT procedimentos CI *	0,520489	[6]
CT procedimentos CC *	0,342988	[4]
CT documentação *	0,471311	[5]

* Subdomínios não assistenciais.

A Tabela 87 apresenta os resultados do coeficiente de Gini referentes à carga de trabalho dos EF nos vários subdomínios do cuidado à pessoa em HIPO. Estão assinalados com asterisco os subdomínios de carácter não assistenciais, sendo que as restantes são subdomínios de carácter assistenciais. De uma forma geral, quer no domínio assistencial quer no domínio não assistencial verifica-se um grau de moderada desigualdade na distribuição da carga de trabalho dos enfermeiros de família. As exceções ocorrem no subdomínio incentivar (domínio assistencial) que regista a presença de uma distribuição com relativo grau de

igualdade na carga de trabalho, bem como no subdomínio assistir (domínio assistencial) e procedimentos de cuidados de continuidade (domínio não assistencial) onde se verifica relativa igualdade, e nos subdomínios acolhimento, procedimentos de controlo da infeção e documentação (domínio não assistencial) onde se verifica a maior desigualdade na carga de trabalho dos enfermeiros de família.

Tabela 87 - Coeficiente de Gini em cada subdomínio da carga de trabalho dos enfermeiros na área clínica 3

Carga de Trabalho/subdomínio	G	Classificação
CT avaliar	0,474712	[5]
CT monitorizar	0,400714	[5]
CT ensinar	0,440288	[5]
CT referenciar	---	---
CT assistir	0,353465	[4]
CT incentivar	0,217907	[3]
CT administrar	0,470863	[5]
CT acolhimento *	0,540820	[6]
CT procedimentos CI*	0,510968	[6]
CT procedimentos CC*	0,388332	[4]
CT documentação *	0,502839	[6]

* subdomínios não assistenciais

A Tabela 88 apresenta os resultados do coeficiente de Gini referentes à carga de trabalho total, assistencial e não assistencial dos enfermeiros de família nas três áreas clínicas: consulta à pessoa com AC1, AC2 e AC3, a qual se designou de AC4. Na consulta à pessoa com DM, HTA e HIPO no domínio assistencial verifica-se um grau de adequada igualdade na distribuição da carga de trabalho total e não assistencial, ao passo que na consulta à pessoa em AC3 na carga de trabalho total e não assistencial, bem como na consulta à pessoa AC2 na carga de trabalho assistencial, o valor registado, situa-se na moderada desigualdade. Assim sendo, não se pode afirmar que nestas áreas clínicas, nestas situações de carga de trabalho, os enfermeiros partilhem de graus similares de carga de trabalho.

Tabela 88 - Coeficiente de Gini na carga de trabalho total dos enfermeiros na AC 4

Carga de Trabalho	G	Classificação
* CT Total		
CT total na consulta AC1	0,324929	[4]
CT total na consulta AC2	0,388364	[4]
CT total na consulta AC3	0,401027	[5]
* CT assistencial		
CT assistencial na consulta AC1	0,325817	[4]
CT assistencial na consulta AC2	0,406462	[5]
CT assistencial na consulta AC3	0,394950	[4]
* CT não assistencial		
CT não assistencial na consulta AC1	0,375646	[4]

CT não assistencial na consulta AC2	0,395651	[4]
CT não assistencial na consulta AC3	0,468192	[5]

A Tabela 89 apresenta a comparação com ordenação decrescente da carga de trabalho dos enfermeiros de família, por dimensão comum às três áreas clínicas (AC1, AC2 e AC3). De uma forma geral, pode-se afirmar que a carga de trabalho está relativamente bem distribuída pelas três áreas clínicas, embora AC1 (consulta à pessoa com DM) pareça ser a que maior carga de trabalho produz nos enfermeiros. Na Tabela 89 resume-se esta análise:

Tabela 89 - Distribuição comparativa da carga de trabalho dos enfermeiros por área clínica

		AC1	AC2	AC3
Mais CT	1º	3	4	4
	2º	3	4	3
Menos CT	3º	5	3	4

Tabela 90 - Comparação da carga de trabalho dos enfermeiros por subdomínios por área clínica

Carga de Trabalho/subdomínio	Comparação
CT avaliar	AC2>AC3>AC1
CT monitorizar	AC2>AC1>AC3
CT ensinar	AC3>AC2>AC1
CT assistir	AC1>AC2>AC3
CT incentivar	AC1>AC2>AC3
CT referenciar	AC3>AC1>AC2
CT administrar	AC3>AC1>AC2
CT acolhimento *	AC3>AC1>AC2
CT procedimentos CI*	AC2> AC3>AC1
CT procedimentos CC *	AC1>AC3>AC2
CT documentação *	AC3>AC2>AC1

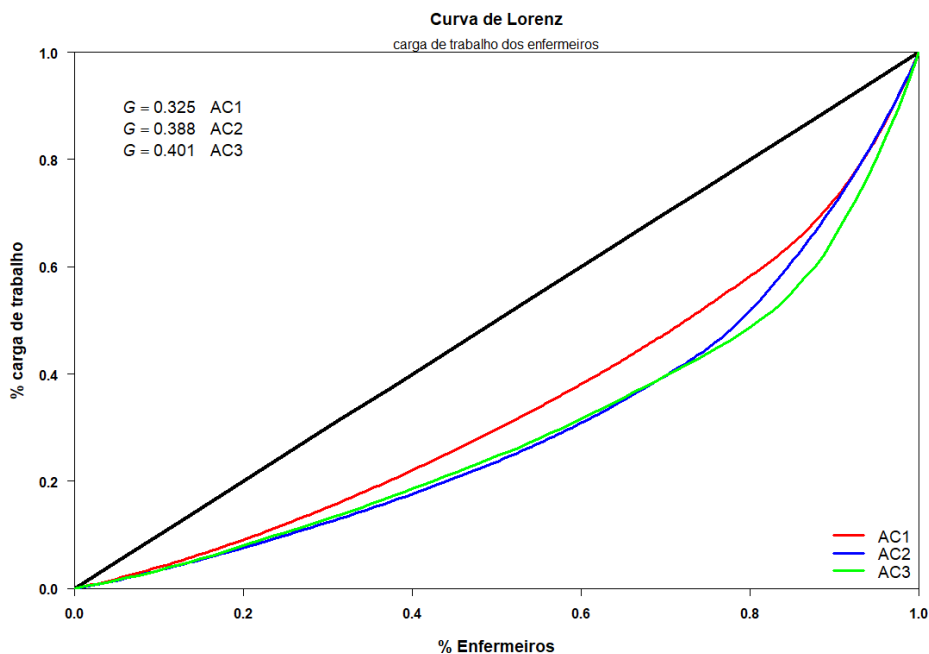
* subdomínios não assistenciais

Procurou-se conhecer o grau de distribuição da carga de trabalho pelas áreas clínicas e estudo. Os dados são evidenciados pelas Figuras 10, 11, e 12.

A Figura 10 apresenta a curva de Lorenz, com sobreposição do coeficiente de Gini, acerca do grau de distribuição da carga de trabalho total dos EF nas áreas clínicas da DM, HTA e HIPO. Verifica-se que a consulta à pessoa com DM é aquela que apresenta maior equidade entre os enfermeiros de família, seguido da consulta à pessoa com HTA e por último HIPO. Se a carga de trabalho à pessoa com DM, e HTA pode ser considerada com grau de distribuição de adequada igualdade, já a carga de trabalho na consulta à pessoa em HIPO

está no limite inferior da moderada desigualdade, sendo esta situação particularmente notória em cerca de 20% dos enfermeiros de família.

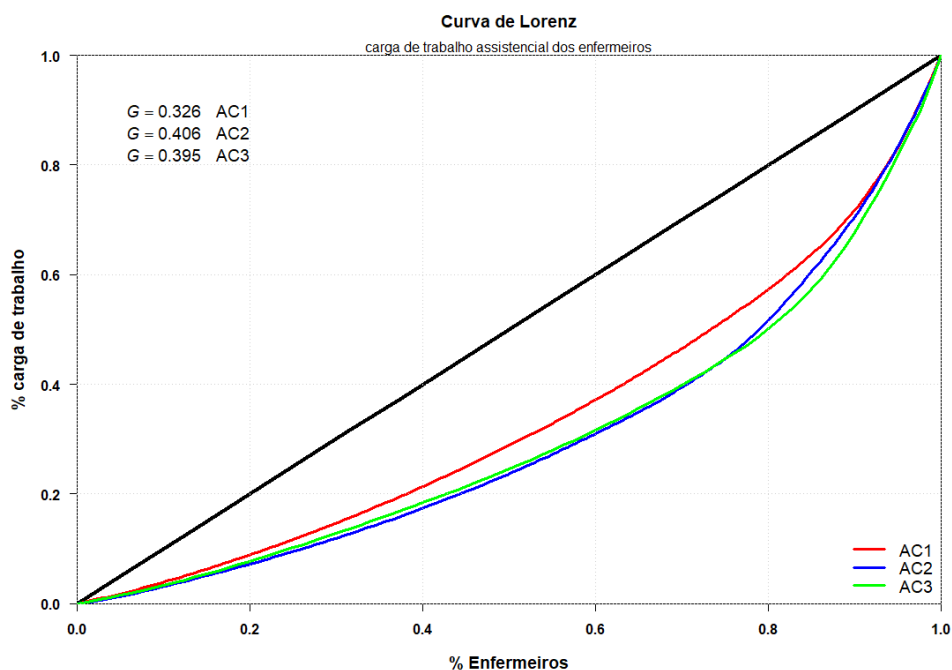
Figura 10 - Curva de Lorenz da carga de trabalho total dos enfermeiros de família na consulta por área clínica.



Fonte: produção própria

A Figura 11 apresenta a curva de Lorenz, com sobreposição do coeficiente de Gini, acerca do grau de distribuição da carga de trabalho assistencial dos EF nas áreas clínicas da DM, HTA e HIPO. Verifica-se que a consulta à pessoa com DM é a área clínica com maior equidade entre os enfermeiros de família, com a consulta à pessoa com HTA e em HIPO a registarem volumes de trabalho semelhantes.

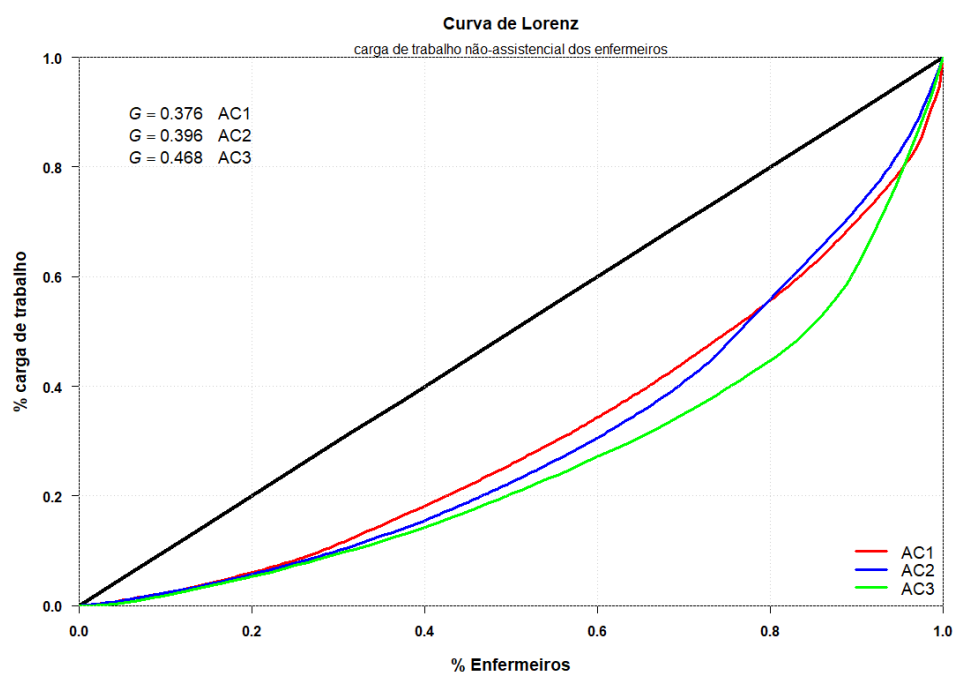
Figura 11 - Curva de Lorenz da carga de trabalho assistencial dos enfermeiros de família por área clínica



Fonte: produção própria

Na Figura 12 é apresentada a curva de Lorenz, com sobreposição do coeficiente de Gini, acerca do grau de distribuição da carga de trabalho não assistencial dos enfermeiros de família nas áreas clínicas da DM, HTA e HIPO. Verifica-se que globalmente a consulta à pessoa com DM é a área clínica com maior equidade entre os enfermeiros, seguido da consulta à pessoa com HTA e em HIPO. Contudo, para 21% dos enfermeiros de família, a carga de trabalho na consulta à pessoa com HTA é mais reduzida do que a carga de trabalho na consulta à pessoa com DM.

Figura 12 - Curva de Lorenz da carga de trabalho não assistencial dos enfermeiros de família por área clínica



Fonte: produção própria

3.4.6.4.5. Discussão dos Resultados

As doenças crónicas encontram-se nas sete das principais causas de morte no mundo (WHO, 2020). As estimativas revelam tendências preocupantes nas últimas décadas no que se refere à morbidade e mortalidade causadas pelas DC. A OMS e ONU destacam claramente a necessidade de um foco global e intensificado na prevenção e no tratamento das doenças cardiovasculares, diabetes entre outras. As estimativas também enfatizam os custos totais que as DC representam para os países, destacado pelo aumento da longevidade das populações e a importância de esta viver com qualidade de vida.

Os CSP tem sido apontado como o contexto privilegiado para prevenção e tratamento das DC. Os profissionais dos CSP têm desempenhado um papel preponderante no diagnóstico e controlo destas patologias, uma vez que os CSP são o primeiro elo de ligação ao SNS.

A consulta de enfermagem à pessoa com doença crónica tem por finalidade a sua capacitação e maximização do seu potencial para se tornar um elemento proactivo no tratamento e manutenção do seu estado de saúde. Espera-se que os cuidados de saúde que visam a

promoção de comportamentos de saúde saudáveis, respeitem o local onde a pessoa está inserida e as suas capacidades, num quadro de valores e crenças, e de acordo com os desejos individuais.

O estudo pretendeu identificar que intervenções realizam os EF à pessoa com DC em particular aquelas que realizam a consulta de enfermagem no âmbito dos programas nacionais de saúde definidos pela DGS para a gestão da DC em contexto dos CSP. Procurou-se simultaneamente conhecer qual a carga de trabalho que daí resulta para o EF identificada pelo tempo de consulta.

Assim, no presente ponto, discute-se os aspetos que se evidenciaram dos resultados, tendo presente as questões de investigação definidas.

Num primeiro momento discute-se as características socioprofissionais dos EF e sociodemográficas dos clientes e as intervenções realizadas no âmbito dos cuidados assistenciais e não assistenciais prestadas pelos EF nas consultas. Para de seguida se discutir sobre que preditores influenciam a carga de trabalho, que modelos de previsão da carga de trabalho podem ser utilizados e que distribuição da carga de trabalho se afigura pelas áreas clínicas em estudo.

O estudo foi realizado numa região eminentemente rural com uma área geográfica de 2.255km² com uma população envelhecida com um índice de pendência na ordem dos 64%. Os cuidados no âmbito dos CSP são prestados à população pelos profissionais dos 12 CS do ACeS que se encontram localizados nas sedes dos concelhos.

Participaram 102 EF dos 12 CS representando uma abrangência do todo ACeS e 509 pessoas portadores de DC que realizam consulta de vigilância com EF.

Foram identificadas as características socioprofissionais dos EF e os principais resultados apontam para um perfil socioprofissional que tende a manter a hegemonia da profissão indo ao encontro dos dados publicados pela OE (2020) e aos estudos realizados por (Bernardino, 2018; Possari et al., 2015; Bonfim, 2014; Mello, 2011). Verificou-se uma predominância significativa de mulheres, com experiência profissional igual ou superior a 18 anos, com qualificação académica de grau de licenciado e com investimento na formação profissional refletida em formação pós-graduada.

O grau académico dos EF é predominantemente licenciatura, habilitação necessária atualmente para o exercício da profissão, apesar de na amostra ainda se verificar um EF com grau de bacharel. No que se refere ao grau académico de bacharel o resultado obtido está claramente abaixo dos valores de 9,9% registados na OE (2020). Por outro lado, e relativamente ao grau de mestre na amostra foi de 14% um valor consideravelmente superior ao referido pela OE (2020) na qual se constata 5,3% de todos os enfermeiros inscritos na ordem com célula profissional ativa.

Quanto ao título profissional de enfermeiro especialista verificou-se que 24% de EF detém título de especialista, valor ligeiramente abaixo dos dados reportados pela OE (2020) que é de cerca de 26,9% de todos enfermeiros inscritos na OE. A presente carreira de enfermagem (Decreto-Lei n.º 71/2019) define-se como pluricategorial: Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor. O estudo permitiu constatar um desfasamento entre os enfermeiros com título profissional de especialista (atribuído pela OE) e a efetiva categoria profissional de enfermeiro especialista. Esta circunstância prende-se com o facto de o recrutamento dos enfermeiros ser altamente regulado, centralizado e ocorrer por concurso público. Os resultados vão ao encontro do registo nacional da OE (2020) em que os enfermeiros com título de especialista, apenas 15,7% exercem funções na categoria de Enf. especialista.

Tradicionalmente o vínculo de trabalho estabelecido com os profissionais que exercem funções no SNS caracteriza-se por um vínculo de trabalho em funções públicas de carácter definitivo. O vínculo em funções públicas é efetivado através de uma pessoa singular que presta a sua atividade profissional a um empregador público. Mais recentemente, o contrato de trabalho em funções públicas passou a ter designação por contrato de trabalho em funções pública por tempo indeterminado (CTFPTI). Ao vínculo de CTFPTI está ainda associado uma maior segurança e estabilidade no emprego (Gonçalves, 2018). O presente estudo mostra que a situação de estabilidade no emprego ainda está presente nos EF, mas com tendência a diminuir representado apenas por 56% dos profissionais. Resultados idênticos aos descritos por Fronteira, Jesus e Dussault (2020) em que identificaram 55% dos enfermeiros detém CTFPTI e os restantes detém um contrato individual de trabalho de direito privado. Os estudos de Ammi, Ambrose e Wong (2017) e Faraz (2017) destacam a importância das relações estáveis no trabalho, as quais favorecem o investimento na qualificação, reduzem a rotatividade e fortalecem o vínculo profissional entre o utilizador do serviço e o profissional.

A carga horária dos participantes é maioritariamente de 35h/semanais (92%). O horário de trabalho é entendível como a determinação de horas de início e termo do período normal de trabalho diário, bem como, os intervalos de descanso. Corresponde ao período que o enfermeiro terá de cumprir no local de trabalho, para realizar as atividades inerentes ao seu desempenho profissional. A carga diária de trabalho é a média que resulta das horas trabalhadas num dia (24h), que habitualmente em CSH, é distribuída por 3 turnos de 8h/dia, e em CSP 1 turno/dia de 7 horas/dia. A carga horária semanal vai depender do número de horas previstas no contrato de trabalho estabelecido. A lei laboral portuguesa estabelece o limite de trabalho de 40h semanais correspondendo a 8h/diárias, no entanto, a regulamentação coletiva de trabalho pode fixar valores mais baixos. O horário de trabalho dos trabalhadores em funções públicas de 35h semanais foi restabelecido pela Lei nº 18/2016 de 20 de junho, esse é o horário praticado na generalidade das instituições do SNS. O estudo decorreu num ACeS do SNS em que o horário de trabalho de 35h/semanais é tendencialmente o praticado pelos EF o que reflete a sua carga horária semanal.

A população alvo dos cuidados dos EF foram utentes com DM, HTA e em HIPO (doença crónica) que realizaram consulta de vigilância no período de concretização do estudo. Os utentes foram maioritariamente do sexo feminino, com idade média de 75 anos, com baixo nível de escolaridade, maioritariamente casados a residir em zonas rurais, predominantemente independentes e portadores de multimorbilidade. Resultados que vão ao encontro por Demir et al., (2020) numa amostra constituída por 300 indivíduos com DC. verificou que 75,6% dos participantes eram casados, 24,4% e restantes eram solteiros ou viúvos. Dos participantes 73,6% viviam com a família, 9,6% viviam sozinhos. Quanto ao nível de dependência constataram que 96,6% eram autónomos nas suas tarefas de vida diária enquanto 3,4% precisavam de ajuda. As características sociodemográficas da amostra em estudo vão também ao encontro dos estudos obtidos por Ribeiro, Furtado & Pereira, (2013); Medeiros, Medeiros, Morais, & Rolim, (2016); Pedro, (2018); Romana, Kislaya, Gonçalves, Salvador, Nunes & Dias, (2019).

No que diz respeito ao nível de ensino os resultados do estudo mostram que comparativamente com os valores nacionais situa-se em níveis muito elevados de pessoas sem qualquer nível de escolaridade (analfabetismo) com valores de 24,1% e em níveis muito abaixo em todos os outros níveis de ensino. A baixa escolaridade é concordante com outros estudos, nomeadamente Medeiros et al., (2016) que verificaram que 26,5% da amostra nunca frequentou o ensino e 55,9% apresentavam apenas o ensino básico. A elevada prevalência de

analfabetismo pode ser explicada pelo predomínio de pessoas idosas na amostra, já que a taxa de analfabetismo aumenta na idade mais elevada. Num contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da população existem reflexos no estado de saúde da população, com destaque para o aumento significativo das doenças crónicas e por elevado número de pessoas portadoras de multimorbilidade. A multimorbilidade é habitualmente definida pela presença de múltiplas doenças crónicas, em simultâneo no mesmo indivíduo, e é um problema de saúde amplamente reconhecido (Romana et al., 2019; Prazeres, 2018; Korownyk, MacCormack, Kolber, Gerrison, Allan, 2017; Kim & Richet., 2016; Osborn, Moulds, Squires, Doty & Anderson, 2014). As pessoas portadoras de multimorbilidade têm necessidades de saúde acrescidas e são responsáveis por um maior volume de cuidados de saúde, e cada vez de maior complexidade (Romana, et al., 2019; MS, 2018; Prazeres, 2018; Carvalho, 2017). O estudo realizado evidencia que todos os participantes são portadores de multimorbilidade, sendo que mais de metade da amostra tem mais de três doenças associadas presente em 37,1% (≥ 3 patologia crónica), 18,8% (≥ 4 patologia crónica) e em 8,7% (≥ 5 patologia crónica) tendo sido associada a problemas do sistema cardiovasculares e oftalmológico, endócrino, neurológico, urológico e psíquicos entre outros. O estudo evidenciou uma elevada prevalência da multimorbilidade na pessoa com DC. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Prazeres (2018) numa amostra de utentes que recorrem aos CSP em Portugal. Prazeres (2018) identificou que a multimorbilidade ≥ 2 doenças crónicas em 72,7% e com ≥ 3 doenças crónicas em 57,2%. Por outro lado, os resultados obtidos no presente estudo são consideravelmente mais elevados que os resultados obtidos por Romana et al., (2019) onde identificaram que a prevalência da multimorbilidade em Portugal situava-se nos 38,3%. As mulheres, os indivíduos mais velhos e com níveis de escolaridade baixos são os que estão mais predispostos à multimorbilidade. As características da amostra dos clientes dos EF confirmam essa tendência e os resultados são corroborados pelos estudos de Osborn, et al., (2014); Kim et al., (2016), Korownyk et al., (2017) e Prazeres (2018) onde mostram que a doença crónica e a multimorbilidade são especialmente elevadas em utentes que recorrem aos CSP. Também se constatou que a multimorbilidade aumentou significativamente como a idade, sendo que os reformados e os indivíduos com escolaridade mais baixa tem maior probabilidade de sofrerem de multimorbilidade. No presente estudo a multimorbilidade está presente em 100% da amostra, contudo importa realçar que o estudo teve como população as pessoas portadoras de doença crónica em vigilância da sua condição de saúde, esta circunstância, deve ser ponderada na análise dos resultados obtidos. A elevada prevalência da multimorbilidade é um fator crítico no atendimento aos utentes em CSP, que

segundo Prazeres (2018) aumenta a complexidade dos cuidados de saúde, nomeadamente na acessibilidade e organização da consulta.

Intervenções do EF na gestão da DC

O Enfermeiro de Família desenvolve a sua atividade profissional no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas USF/UCSP, centrada na família, ao longo das várias fases da vida e em todos os contextos da comunidade. Os resultados do estudo mostram que 98,6% das consultas foram realizadas em contexto de unidade de saúde. Este resultado pode estar diretamente associado ao facto dos EF na maioria das unidades funcionais do ACeS, realizarem a consulta de vigilância em simultâneo com a consulta médica, sendo a consulta de enfermagem precedente à consulta médica. O cuidado domiciliário insere-se numa política de continuidade de cuidados e de cuidados de proximidade. Desde sempre que os cuidados de enfermagem foram prestados no domicílio. A baixa taxa de realização de consultas em contexto domiciliário deverá ser considerada tema de reflexão, na medida em que a relação que se estabelece com os utentes e famílias em contexto domiciliário poderá ser reforçado, além das tensões e constrangimentos geradores de dificuldades, nomeadamente na acessibilidade aos cuidados de saúde.

A consulta de enfermagem é atividade através da qual o EF presta cuidados aos indivíduos/famílias no âmbito dos CSP, nomeadamente na vigilância da DC, aplicando o processo de enfermagem, identificando os diagnósticos associados. Verificou-se através do estudo que no âmbito da consulta os EF prestam cuidados assistenciais (domínio assistencial) e não assistenciais (domínio não assistencial). Sendo que as intervenções no domínio assistencial foram concretizadas por intervenções nos subdomínios: avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar e executar. Quanto ao domínio não assistencial as intervenções dos EF concretizaram-se pelos subdomínios: acolhimento, procedimentos de controlo de infeção; procedimentos de continuidade de cuidados e pela documentação de cuidados. Os resultados do estudo vão ao encontro de estudos internacionais que agrupam os cuidados prestados pelos enfermeiros em quatro categorias: cuidados diretos (assistenciais), cuidados indiretos (não assistenciais), aspetos relacionados ao serviço e pessoais (Michel et al., 2021; Yen, et al., 2018; Bonfim, 2014; Antinaho et al., 2014). Resultados corroborados pelos estudos de Bonfim (2014) e Michel (2021) na medida em que também identificaram as intervenções do tipo, ensinar, monitorizar parâmetros antropométricos, administrar medicação, entre outras, como

intervenções associadas aos cuidados assistenciais. As intervenções planeamento de cuidados, preparação de medicação, controlo de infeção, documentação, encaminhamento/referenciação foram identificadas como intervenções de carácter não assistencial. No presente estudo as intervenções relativas ao domínio assistencial traduziram-se pelas intervenções de avaliação diagnóstica. Considerada a primeira etapa do processo de enfermagem, na qual possibilita a formulação do diagnóstico e a tomada de decisão clínica. A avaliação diagnóstica apurada irá facilitar a resolução de problemas e a própria prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade (Doenges & Moorhouse, 2010). São exemplos dessas estimativas as intervenções do tipo: avaliar o conhecimento e o potencial para melhorar o conhecimento sobre a DM; avaliar o conhecimento o potencial e a capacidade para realizar autovigilância/autocontrolo dos pés; avaliar o comportamento de adesão ao regime de exercício físico; avaliar o comportamento de adesão ao regime dietético; avaliar o comportamento de adesão ao regime medicamentoso; avaliar a adesão ao regime de imunização; avaliar o risco de úlcera diabética, entre outras.

No que reporta às intervenções realizadas pelos EF no domínio assistencial apurou-se que a monitorização de parâmetros antropométricos e clínicos tais como: monitorizar peso, altura, índice de massa corporal, perímetro abdominal, pressão arterial, hemoglobina glicada se situou acima de 90% nas consultas realizadas. Resultados encontram-se muito acima do valor encontrado por Silva et al., (2014). De acordo com as recomendações da DGS a avaliação/monitorização das medidas antropométricas e de parâmetros clínicos são aspetos relevantes do exame físico da pessoa com doença crónica, visto que através da sua realização podem ser detetadas complicações e identificar outras condições, que associadas, podem aumentar a morbidade e /ou influenciar o tratamento.

A avaliação do perímetro abdominal permite valorizar clínica e epidemiologicamente o peso/obesidade na perspetiva do risco de complicações metabólicas. Estas medições têm uma aplicabilidade variável e de crescente complexidade, desde uma simples análise da necessidade de uma pessoa alterar o seu peso, à avaliação de risco cardiovascular, à interpretação da evolução ponderal na monitorização de uma doença crónica, como sejam a DM e a HTA, até aos casos mais complexos de multimorbidade. Compreende-se, assim, a importância clínica e epidemiológica de se garantir que os profissionais de saúde no exercício profissional estejam capacitados e assegurem nas avaliações antropométricas com rigor, reprodutibilidade e fiabilidade essenciais à posterior utilização dessas medições nos seus devidos fins (DGS, 2013). A avaliação dos parâmetros antropométricos nomeadamente do

índice de massa corporal (IMC) e a circunferência da cintura (CC) também denominado por perímetro abdominal (Pab) revelam-se significativos, já que é conhecida a associação entre a diabetes, a obesidade e o desenvolvimento de doença cardíaca (Costa, Pastor, Silva & Ferraz, 2019). Os resultados do presente estudo apontam no mesmo sentido dos estudos de (Chetoui et al., 2020; Costa et al., 2019) em que verificaram a avaliação do peso em 97,5%, o cálculo do IMC em 93,4% e avaliação da circunferência da cintura em (83,9%), valores muito acima dos encontrados por Silveira, Filho, Resende & Pereira (2010).

O comprometimento com comportamentos de prevenção passa pela educação contínua das pessoas com DM e dos seus familiares, bem como por uma equipa de saúde bem capacitada para o ensino e deteção precoce. Assim, o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado/autovigilância dos pés é um aspeto central na educação para a saúde da pessoa com DM. Esta preocupação está presente no âmbito da consulta do EF verificada pelas intervenções avaliar conhecimento sobre autocuidado/autovigilância dos pés realizada em 53,3% das consultas; ensinar sobre a prevenção da úlcera diabética 47,5%, e avaliar do risco de úlcera diabética em 50,4%. Resultados significativamente superiores aos encontrados por Silva et al., (2014) que foram de 14,3% e muito acima dos valores encontrados por Silveira et al., (2010), que ficaram pelos 11,1%. Daly, Arrol, Kenealy, Sheridan e Scragg, (2015) referem que a concretização da vigilância do pé foi de 46% das consultas realizadas, contudo estes resultados ainda estão ligeiramente abaixo ao encontrado no presente estudo. Entende-se que esta intervenção é essencial na consulta de enfermagem à pessoa com DM, dado que se estima que 15 % das pessoas diabéticas desenvolverão úlceras nos pés ao longo da sua vida, de acordo com as previsões da IFD (2020). Esta condição constitui um risco para a saúde das pessoas com DM, havendo também consequências negativas na sua qualidade de vida em geral e resultando muitas vezes em amputações dos membros inferiores. Não foi verificado no estudo nenhuma intervenção por parte dos EF que visasse a saúde ocular da população diabética, o que seria expectável considerando as boas práticas de acompanhamento e vigilância da pessoa com DM. A retinopatia diabética é outra das complicações major DM e, é considerada a principal causa de cegueira evitável em população ativa (Lee, et al., 2015). Este facto pode estar relacionado com a implementação do diagnóstico e tratamento sistemático segundo as orientações da DGS (1998) que está implementado no ACeS em que o estudo foi concretizado, ficando o trabalho de identificação e encaminhamento a cargo do elemento médico da equipa multidisciplinar.

A educação para o autocuidado da pessoa com doença crónica consiste num processo de ensino para lidar com a sua condição de saúde, tendo em conta a importância de implementar

o controlo metabólico, prevenir complicações agudas e crónicas e proporcionar maior qualidade de vida (Scain et al., 2013). No estudo estas intervenções foram concretizadas através do ensinar sobre: gestão do regime medicamentoso (76,9%), regime diatéico (64,4%) gestão do regime de exercício físico (62,4%), vigilâncias dos pés (53,3%), entre outros. As intervenções realizadas pelos EF estão em consonância com os identificados no estudo realizado por Daly et al., (2015) que sustentam as intervenções do ensinar como prática essencial dos cuidados de enfermagem. O investimento por parte dos EF na educação para a saúde é corroborado pelo estudo de Marques et al., (2019) e Azami, et al., (2018) que destacam o papel dos enfermeiros na condução de programas estruturados de educação para a saúde com resultados significativos para os utentes. Entende-se, portanto, que no âmbito das consultas de vigilância da doença crónica os EF procurem capacitar os seus utentes para que estes possam melhorar a sua condição de saúde. Desta forma, a educação para a autogestão é uma oportunidade para fornecer os conhecimentos e habilidades para otimizar o autocuidado, favorecendo o controlo da doença. Baraz, Zarea, Shan e Bazian, (2017) procuraram conhecer o impacte dos programas educacionais na qualidade de vida das pessoas com DC. Os autores mostraram que a educação para a saúde teve impacte na adoção de comportamentos saudáveis que se manifestaram no aumento da qualidade de vida em geral da pessoa. Neste sentido Gagliardino e colaboradores (2019) reforçam que a educação da pessoa diabética fornece o conhecimento e as habilidades necessárias para a autogestão e induz uma atitude positiva das pessoas com DM no controlo e tratamento da doença. À semelhança de Marques et al., (2019) demonstram também a eficácia das intervenções educativas no controlo da DM, em particular na diminuição significativa da HbA1C, em simultâneo com os cuidados alimentares, o exercício físico e a vigilância dos pés. Os resultados do presente estudo vêm mostrar as intervenções que os EF realizam no sentido da promoção da saúde e prevenção de complicações, de acordo com o demonstrado pelos autores supracitados, verificando-se um forte investimento na educação para a saúde com destaque nas intervenções do tipo ensinar sobre alimentação, sobre DM e exercício físico realizado em mais 50% das consultas de enfermagem entre outras.

O estudo de Cherly, Himmelfarb, Connodore-Mensah e Hill (2016) pretendeu identificar que intervenções realizam os enfermeiros junto da pessoa com HTA. Verificaram que os enfermeiros realizaram intervenções baseadas na evidência para promover o controlo da PA, e iniciam o processo de cuidar pela identificação das atitudes e o conhecimento e experiências; ensinam sobre as condições do tratamento, fornecem reforço positivo, promovem apoio e colaboram com outros profissionais. As intervenções descritas por

Cherly et al., (2016) vêm ao encontro das intervenções realizadas pelos EF, já que estes avaliam o conhecimento e a capacidade para melhorar o conhecimento, o comportamento de adesão ao regime medicamentoso, diatéutico e de exercício, referenciam a outros profissionais de saúde entre outras. Miao, Wang e Liu (2020) mostraram a eficácia das intervenções dos enfermeiros ao utente com HTA através da realização de um ensaio clínico randomizado (ECR) com 156 utentes. O grupo de intervenção recebeu acompanhamento através de um programa estruturado para a gestão da HTA durante 12 semanas. Concluído o programa de intervenção as pessoas apresentaram melhores níveis de controlo da pressão arterial, comportamento de autocuidado mais consistente e elevados índices de satisfação Miao et, al., (2020).

Chui e Wong (2010) conduziram também um ECR que pretendeu demonstrar a eficácia da consulta de enfermagem no controlo da pressão arterial. Identificaram um conjunto de variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em particular, a taxa de controlo da pressão arterial, adesão à monitorização domiciliária da pressão arterial, a adesão ao exercício físico e a satisfação com os cuidados recebidos. Uma análise posterior usando regressão mostrou que a monitorização em contexto domiciliário da pressão arterial é o preditor mais significativo para melhor controlo da pressão arterial sistólica. O estudo mostrou que o ensino para o autocontrolo/autovigilância da pressão arterial é uma intervenção que os enfermeiros realizam no âmbito da consulta de vigilância à pessoa com doença crónica.

Bento (2016) implementou um programa estruturado de intervenções de enfermagem junto da pessoa com HTA. Procurou analisar a influência de um programa de ensino de enfermagem estruturado na literacia em saúde, estilo e qualidade de vida, na adesão à terapêutica, na capacidade de autocuidado e nos resultados clínicos. A intervenção proposta foi concretizada através da realização da consulta individualizada e personalizada, estando o utente sozinho ou acompanhado por uma pessoa significativa. Os resultados obtidos por (Bento, 2016) apontaram para uma redução do peso, IMC, Pab, dos valores médios da pressão arterial, do colesterol total e da glicemia capilar. Relata também uma melhoria no estilo de vida, nomeadamente na prática de exercício físico, melhoria da perceção da qualidade de vida, melhoria na adesão ao regime terapêutico e no autocuidado. Neste sentido, a consulta de enfermagem individualizada, tal qual, as realizadas neste estudo, é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico com a pessoa hipertensa que poderá conduzir à prevenção de complicações cardiovasculares, tal como refere (Bento, 2016).

Sousa et al., (2015) descreveram as intervenções realizadas pelos enfermeiros na vigilância dos utentes com HTA no âmbito da estratégia saúde da família. Verificaram que a consulta de enfermagem se focou essencialmente em três aspetos centrais: anamnese, exame físico e orientação da pessoa/utente na consulta. A anamnese consistiu na identificação de hábitos tabágicos e de consumo de bebidas alcoólicas, ingestão de sal, antecedentes pessoais, sedentarismo e aumento de peso, uso de medicação anti-hipertensiva entre outros. O exame físico foi realizado através da avaliação de dados antropométricos e clínicos, tais como avaliação da pressão arterial, peso e altura, cálculo de índice de massa corporal, perímetro abdominal, entre outros. As intervenções dos EF na consulta à pessoa com HTA vão ao encontro das intervenções identificadas por Sousa et al., (2015) dado que os EF avaliaram o consumo de tabaco (31,6%); e o consumo de álcool (28,9%). O estudo de Sousa et al., (2015) identificou que a orientação ao utente incidiu sobre o padrão alimentar em especial o consumo de sal (61,9%), atividade física (66,7%), o uso correto da medicação (81%) e o incentivo ao abandono do consumo de tabaco (28,6%). No estudo concretizado, a avaliação dos parâmetros antropométricos tais como peso e altura foi realizado em 78,6%, o cálculo de IMC em 39% e a avaliação do Pab em 7,1%. Quanto à avaliação da PA foi realizada em 100%. Os resultados do estudo realizado vão ao encontro aos dados obtidos por Sousa et al., (2015), na medida em que atuação do EF centra-se na identificação das necessidades através de um conjunto de intervenções que procuram identificar quais os fatores de risco a que estão sujeitos. Procuraram determinar os comportamentos adotados que possam ser favorecedores da manutenção do seu estado de saúde através da avaliação da adesão ao regime diatéutico, medicamentoso e de exercício conducentes com práticas de saúde adequadas.

Para garantir o uso eficaz dos recursos de saúde e melhorar os resultados em saúde muitos países estão a transferir as responsabilidades dos cuidados para os CSP, e o acompanhamento da pessoa em HIPO oral é um exemplo dessa transferência de cuidados. A anticoagulação oral é uma terapêutica eficaz para a prevenção de eventos tromboembólicos, mas devido ao seu intervalo terapêutico e as múltiplas interações farmacológicas e diatéuticas de alguns medicamentos usados, é necessária uma vigilância regular do valor de INR. A hemorragia é a complicação mais frequente e também a mais grave da terapêutica anticoagulante, representando 13% das hospitalizações por efeitos iatrogénicos (Ferreira et al., 2012). Não foi possível encontrar na literatura estudos que envolvam enfermeiros para a determinação das intervenções junto da pessoa em HIPO. Os estudos encontrados visam os resultados

clínicos do utente não especificando que intervenção efetiva desenvolve o enfermeiro junto dos utentes. A manutenção dos níveis de coagulação, num determinado intervalo de INR, é indispensável para uma anticoagulação segura e eficaz. Valores de INR abaixo dos níveis mínimos de segurança, poderão representar um risco tromboembólico aumentado, enquanto valores de INR superiores ao limite máximo de segurança poderão conduzir a hemorragias espontâneas (Sikorska & Uprichard, 2017). O presente estudo mostra que monitorização do INR é a intervenção de enfermagem mais realizada na consulta, contudo os EF fazem um forte investimento na educação para a saúde. Pretendem a capacitação da pessoa hipocoagulada para a gestão da sua condição de saúde, realizando ações educativas no regime alimentar, na gestão do regime medicamentoso, entre outras. Verificou-se que a intervenção do tipo avaliar o conhecimento, capacidade ou comportamento de adesão têm uma representação significativa nos resultados do estudo, o que parece estar relacionado com o facto de serem doenças crónicas e na qual a capacitação para a autogestão desempenha um papel central nos cuidados. Contudo é perceptível a realização de um conjunto de intervenções que visam dar resposta aos diagnósticos. Esta realidade é visível através das intervenções do tipo avaliar o conhecimento o potencial para melhorar o conhecimento para gerir o regime medicamentoso, avaliar a adesão ao regime medicamentoso, avaliar conhecimento e potencial e capacidade para realizar a autovigilância/autocuidado e as consequentes intervenções do tipo ensinar sobre a importância de realizar a autovigilância/autocuidado, ensinar sobre importância da adesão ao regime medicamentoso.

A consulta de vigilância da doença crónica (DM, HTA, HIPO (AC4)) é programada de acordo com as *guidelines* e as necessidades dos utentes. Trata-se, portanto, de uma consulta de vigilância que segue uma programação regular, este facto, pode ajudar a justificar a baixa realização de intervenções do tipo avaliar consumo de tabaco e do consumo de álcool (25,2%) e (15,5%) respetivamente, condições que são consideradas impactantes no tratamento e controlo das DC.

Considerando os resultados do estudo, as intervenções dos EF à pessoa com doença crónica parecem ser abrangentes e justificadas pela complexidade das doenças pelas quais são acometidas. As intervenções são iniciadas de acordo como avaliação inicial realizada e tendem a focar-se em aspetos centrais do tratamento e controlo das doenças crónicas, com especial enfoque no regime diatéico, na prática do exercício físico, e na adesão ao regime medicamentoso resultados que vêm ao encontro dos descritos na literatura (Miao, Wang & Liu, 2020; Gagliardino, et al., 2019; Bento, 2016; Scain, et al., 2013). As intervenções do tipo

avaliar, a monitorizar parâmetros antropométricos e a educação para a saúde (ensinar) são as intervenções realizadas com maior frequência na consulta. As intervenções realizadas pelos EF concretizadas pelo subdomínio do ensinar revelam o investimento destes profissionais na educação para a saúde no âmbito das consultas à pessoa com doença crónica independentemente da área clínica em análise no estudo.

A realização deste tipo de intervenções com esta intencionalidade ajuda a clarificar a diferença na abrangência da atuação do enfermeiro em CSP comparativamente com o âmbito da intervenção em contextos hospitalares, refletido nos resultados do estudo de Michel et al., (2021) e em muitos aspetos do exercício da profissão. No entanto, aquela que realmente se destaca é a educação para a saúde do utente/família que foi praticamente inexistente no estudo de Michel et al., (2021), mas que o estudo realizado mostra um forte investimento na educação do utente.

Foram também realizadas pelos EF intervenções de carácter não assistencial nomeadamente intervenções relativas ao acolhimento, procedimento de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados. O momento do acolhimento é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica, empática e humanizada influenciando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Que por sua vez conduz a uma maior satisfação do utente/família e profissional de saúde (Costa, Garcia & Toledo, 2016). Para Costa et al., (2016), o acolhimento afigura-se como muito mais que um simples ato inicial de admissão num serviço, de facto, é um cuidado de enfermagem. O termo acolhimento excede a noção de primeiro contacto ou receção, este permite o sentimento de envolvimento, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança (Costa et al., 2016). No estudo, dado o contexto da prestação dos cuidados, o acolhimento da pessoa na consulta passou fundamentalmente pela chamada e receção da pessoa ao gabinete, com os respetivos procedimentos. Todavia, como já referido anteriormente, no instrumento de recolha de dados não foram definidas ações específicas a realizar pelo EF. Aqui foi deixada à liberdade dos EF documentarem a sua prática. Face a esta circunstância, não foi possível identificar intervenções específicas por eles realizadas.

Procurou-se identificar que procedimentos de prevenção e controlo da infeção realizam os EF no âmbito das consultas de vigilância à pessoa com DC. Assumiu-se no âmbito deste estudo que os procedimentos de controlo de infeção dizem respeito às atividades que os EF realizam no sentido de promover a prevenção e controlo da infeção, nomeadamente a

higienização das mãos, desinfecção de equipamentos, entre outras. Apurou-se que em 51,3% das consultas foi realizado o procedimento de controlo da infeção através da higienização das mãos, estes resultados são significativamente superiores aos encontrados no estudo realizado em Portugal em 2009, em que se verificou a adesão de 46,2% à higienização das mãos. Os resultados são ainda superiores aos achados por Alvim et al., (2019) onde verificaram uma taxa de realização de higienização das mãos de 47%, isto em unidades de cuidados intensivos. A prevenção e controlo da infeção como parte integrante da segurança da pessoa é uma componente chave da qualidade dos cuidados de saúde. A higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde é a medida mais eficaz, mais simples e mais económica de prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde (DGS, 2017). Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto das precauções básicas, constitui-se como a medida mais relevante na prevenção e no controlo da infeção. O controlo da infeção foi identificado por Souza et al., (2019), como um dos fatores que aumentam consideravelmente a carga de trabalho dos enfermeiros, contudo no estudo este dado não foi avaliado de forma isolada.

Os procedimentos de continuidade de cuidados são essenciais à manutenção dos cuidados de enfermagem. Na consulta do EF à pessoa com doença crónica é refletido, entre outros, pela reprogramação da consulta de vigilância. Este tipo de intervenção foi realizado em mais de 90% das consultas. A reprogramação da consulta de vigilância traduz-se no parâmetro de vigilância recomendado nas boas práticas que defende a programação de uma nova consulta de enfermagem, respeitando um dado intervalo de tempo entre as consultas de vigilância, tal como é referido pela Entidade Reguladora da Saúde. O estudo veio demonstrar a continuidade de cuidados ao nível interprofissional traduzida pela referenciação para outros profissionais de saúde, nomeadamente nutricionista e assistente social, para a elaboração de um plano multidisciplinar de cuidados. Souza, Cucolo e Perroca (2019) também identificaram a documentação de cuidados, o controlo de infeção e os procedimentos de continuidade de cuidados como intervenções realizadas pelos enfermeiros e que têm influência nos cuidados diretos à pessoa. Todavia, e no que diz respeito à documentação de cuidados, os resultados do estudo permitem verificar que esta intervenção é desenvolvida com uma frequência muito inferior às restantes intervenções de carácter não assistencial, o que pode pôr em causa a continuidade de cuidados. Os resultados do estudo apontam para o mesmo sentido do estudo realizado por De Marinis et al., (2010), onde é referido que apenas 40% das atividades foram registadas, correspondendo a 37% das avaliações e 45% das intervenções, colocando em questão a importância dos registos de enfermagem como o reflexo do trabalho realizado

pelos enfermeiros. Por outro lado, o estudo de Campos, Oliveira e Perroca (2018) verificou que o tempo despendido para a documentação de cuidados variou de 1 segundo a 1,4 segundos, tempos que ficam consideravelmente abaixo aos encontrados no estudo realizado em que os tempos se situaram entre 10 seg. e 1800 seg. (30 min.). A documentação dos cuidados prestados ao utente é crucial para garantir um atendimento de alta qualidade, a continuidade de cuidados e a segurança do utente (Bjerkan, Valderaune & Olsen., 2021). Portanto, o reconhecimento da documentação de cuidados é um aspeto central do cuidado ao utente, e a sua realização deve ser reconhecida como tempo efetivo de consulta. Além do tempo necessário à documentação de cuidados é necessária a existência de ferramentas de suporte adequadas, nomeadamente sistemas de informação ágeis. Os EF utilizam como ferramenta para a documentação de cuidados o Sclínico-CSP[®] que permite o registo eletrónico das intervenções realizadas. A implementação dos sistemas de informação Sclínico-CSP[®], como uma ferramenta para a documentação de cuidados, resultou em grandes mudanças, e veio substituir a prática de documentação manuscrita, para além de melhorar as estruturas de documentação e promover a sistematização dos registos, com o recurso ao sistema de classificação para a prática de enfermagem. O Sclínico-CSP[®], enquanto sistema de informação representa uma ferramenta comunicativa e colaborativa, e serve de registo escrito das intervenções implementadas e à continuidade de cuidados o que estão, por sua vez, intimamente ligados à segurança dos utentes e à qualidade dos cuidados prestados (Bjerhan et al., 2021).

Variáveis socioprofissionais e sociodemográficas influenciadoras da carga de trabalho

A experiência profissional, as competências e o treino dos enfermeiros independentemente do contexto de prestação de cuidados variam em função do nível de formação/educação, anos de experiência, a quantidade de experiências, especificidades dos contextos e/ou o tipo de população a quem se prestam cuidados, e o conhecimento e/ou competência, para realizar determinadas tarefas (Paulsen, 2018). Procurou-se com o estudo identificar que variáveis socioprofissionais poderiam influenciar a carga do trabalho do EF. Todavia, os resultados do estudo não permitiram identificar nenhuma relação estatisticamente significativa entre as características socioprofissionais e o aumento da carga do EF.

Procurou-se também identificar em que medida as características sociodemográficas dos utentes poderiam influenciar a carga de trabalho dos enfermeiros de família. Como

verificado, a população em estudo foi majoritariamente idosa com idade média 72 anos, do sexo feminino e com baixa escolaridade. Os resultados do estudo não permitem associar a idade dos participantes ao aumento da carga de trabalho (tempo de consulta) dos EF, ao contrário do estudo de Tahepold, Aaroos, Kalda, & Brink-muinen (2003), que assegurou que à medida que aumentava a idade dos clientes aumentava a carga de trabalho dos profissionais. Assume-se que as pessoas que participaram no estudo são vulneráveis, considerando o conceito proposto por (Yui & Bajorek, 2019). Os autores consideram as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e com baixa literacia em saúde ou escolaridade como vulneráveis. Isto por que, segundo os mesmos, as pessoas com as características acima descritas apresentam grandes dificuldades na compreensão das medidas adotar que visem a gestão do regime terapêutico, e a segurança do medicamento, entre outros. As características sociodemográficas e as condições de vida das pessoas com doença crónica mostram ter um papel preponderante na adesão ao tratamento, bem como a condição de saúde (multimorbilidade) e hábitos de consumos de substâncias. (Carvalho, 2017). Os fatores sociais como viver sozinho, ou não ter lar estão também associados a um risco aumentado de complicações em saúde (Demir, et al., 2020). No estudo verificou-se que embora a composição do agregado familiar não apresente evidência estatisticamente significativa com a carga de trabalho, na consulta à pessoa em HIPO são as pessoas que vivem sozinhas que maior carga de trabalho provoca aos EF. No presente estudo não se verificou evidência estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a carga de trabalho dos EF. No entanto, quando realizada a análise das três áreas clínicas em estudo verificou-se diferenças na consulta à pessoa em HIPO entre as pessoas que não frequentaram qualquer nível de ensino/não sabe ler/escrever com as que frequentaram o 1º ciclo, sendo que os que não frequentaram qualquer nível de ensino geram maior carga de trabalho. Cabellos-García et al., (2018) destacam a importância da avaliação do nível de instrução/literacia em saúde devido à correlação positiva entre o nível de escolaridade e o conhecimento sobre a medicação a realizar. A relação entre o nível de instrução e ou o nível de literacia em saúde foi também destacado por Osborn, Passche-Orlow e Bailey, (2011) num estudo junto de pessoas com HTA. Os autores reforçam a importância da adequação da educação para a saúde (EPS) sensível aos níveis de escolaridade, isto porque, a aquisição do conhecimento pode-se relacionar com a autoeficácia, autocuidado e os resultados em saúde (Yiu & Bajorek, 2019). No estudo não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa entre a variável sexo e a carga de trabalho tal como evidenciados no estudo de Tahepold, et al., (2003). Também o estudo de Macedo (2017), conduzido numa amostra de 240 pessoas, com um

predomínio do sexo masculino procurou evidenciar a relação entre a variável sexo e a carga de trabalho dos enfermeiros. Avaliou a carga de trabalho através do *nursing activities score*, verificou evidência estatisticamente significativa entre o sexo e a carga de trabalho. Macedo (2017) apurou, no seu estudo, que o sexo feminino é preditor da carga de trabalho dos enfermeiros. A amostra do estudo revela que os participantes são pessoas idosas. O retrato demográfico do país mostra que cada vez mais, as pessoas idosas tendem a conviver com alterações sistêmicas e doenças crónicas (MS, 2018). O estudo revela também a presença elevada de multimorbilidade à semelhança do identificado por (Fortin, Stewart, Poitras, Almiral, & Maddocks, 2012; Nguyen et al., (2019). Face a este resultado procurou-se conhecer a relação existente entre a multimorbilidade e a carga de trabalho do EF. Não foi verificado a existência de uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Baseados na mesma suposição, Ferretti-Rebustini et al., (2017) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o envelhecimento como preditor da carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados intensivos (UCI), numa amostra de 890 utentes. Elegeram a idade como preditor independente da carga de trabalho de enfermagem na UCI, de acordo com as faixas etárias, e verificaram o seu valor preditivo como determinante da carga de trabalho. Os resultados evidenciaram que os cuidados de enfermagem prestados a pessoas idosas internadas em UCI estão associados a uma maior carga de trabalho, em comparação com pessoas adultas. Os referidos autores também concluíram que apesar dos resultados apontarem a idade como preditor independente da carga de trabalho de enfermagem, a força dessa relação causal não foi de maior importância. Assim, de acordo com Ferretti-Rebustini et al., (2017) o envelhecimento pode ser considerado um fator associado, mas não um preditor da carga de trabalho de enfermagem em UCI. Também Macedo (2017) incluiu a variável idade no seu estudo, e conclui que a idade média dos utentes do sexo masculino era mais baixa do que a do sexo feminino, sendo esta estatisticamente significativa. Relativamente à influência da idade na carga do trabalho dos enfermeiros, o estudo revelou que quanto menor for a idade da pessoa maior é a carga de trabalho associada, resultados contraditórios aos encontrados por Ferretti-Rebustini et al., (2017). O estudo de Simões (2020) também realizado em contexto de UCI verificou que a idade está diretamente relacionada à carga de trabalho dos enfermeiros. O autor conclui afirmando que o sexo masculino e a idade avançada apresentam maior probabilidade de aumentar a carga de trabalho (Simões, 2020). No estudo concretizado, como já referido, não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre a idade da pessoa e a carga de trabalho dos EF. Compreende-se este resultado considerando os contextos da prática clínica. As tipologias de

cuidados prestados em UCI são consideravelmente diferentes dos cuidados prestados em USF/UCSP, daí não permitir uma leitura exime dos resultados apresentados.

A condição económica dos participantes, foi também, alvo de análise em termos de carga de trabalho do EF, contudo, não se verificou evidência estatisticamente significativa na produção de carga de trabalho. No entanto, verificou-se também que na consulta à pessoa hipocoagulada a situação económica influencia a carga de trabalho do EF.

As tipologias familiares foram alvo de análise, naquilo que poderia ser a sua influência na CTE. Apesar de não se verificar uma relação estatisticamente significativa na predição da carga de trabalho dos EF, verificou-se, no entanto, que na consulta à pessoa com HTA a tipologia familiar *casal vs família alargada* apresentaram discretas significâncias. Sendo que as pessoas que vivem em casal produzem menor carga de trabalho relativamente à pessoa inserida em famílias alargadas. Não foi encontrada na literatura bibliografia que permitisse uma discussão acerca das tipologias familiares e a sua influência na CTE.

Não foi encontrado no estudo evidência estatisticamente significativa em relação ao nível de mobilidade das pessoas e a carga de trabalho dos EF, todavia quando verificado ao nível das três áreas clínicas constatou-se que a consulta à pessoa em HIPO regista diferenças marginalmente significativas na influência da forma de deslocação aos SS.

Domínio dos cuidados: assistencial e não assistencial

As intervenções do domínio assistencial tais como: avaliar comportamento de adesão ao regime diatéutico; avaliar conhecimento; potencial e capacidade para gerir regime diatéutico; procedimentos de continuidade de cuidados; avaliar adesão ao regime de imunização; avaliar o comportamento de adesão ao regime medicamentoso; ensinar sobre exercício físico; ensinar sobre a importância de adesão ao regime de exercício físico; avaliar adesão ao regime de exercício; monitorizar frequência cardíaca; ensinar sobre alimentação; monitorizar perímetro abdominal; avaliar o conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime terapêutico; monitorizar pressão arterial; avaliar o comportamento de adesão ao regime terapêutico; avaliar consumo de tabaco; elaborar plano de exercício físico. E intervenções do domínio não assistencial tais como: acolhimento; procedimentos de controlo de infeção documentação de cuidados; foram concretizadas pelos enfermeiros nas consultas de vigilância da pessoa com DC. Este tipo de intervenção foi também realizado por Bonfim et

al, (2014); Grafen e Mackenzie (2015); Yen et al., (2018) e Michel et al., (2021), embora em contextos e tipologias de unidades de prestação de cuidados díspares do contexto onde foi realizado o estudo que se apresenta.

Os resultados permitem reconhecer que os enfermeiros alocam muito do seu tempo ao planeamento dos cuidados. As avaliações de enfermagem incluem a colheita e análise de parâmetros físicos e mentais dos doentes, bem como o histórico de saúde da pessoa. A atividade de avaliação diagnóstica é uma atividade primordial e indispensável no processo de enfermagem. O resultado do estudo vem ao encontro dos resultados de Michel et al., (2021) quando identifica o tempo despendido na avaliação por parte dos enfermeiros sugere o uso estruturado do processo de enfermagem, com a avaliação, planeamento, execução e avaliação. O estudo realizado por van den Oetellar e colaboradores (2018) verificaram que os enfermeiros despendem entre 40,1% a 55,8% do seu tempo no atendimento direto aos doentes. Os valores encontrados neste estudo são divergentes aos verificados por van den Oetellar et al., (2018) onde se verificaram tempos de prestação de cuidados diretos consideravelmente mais elevados. Também divergem dos resultados de Grafen e Mackenzie (2015) onde estimaram o tempo de cuidado assistencial e não assistencial correspondeu a 50% do tempo gasto em que 38% foi gasto em cuidados não relacionados aos utentes, 11% na deslocação para a prestação de cuidado e 1% na documentação dos cuidados. Os resultados do estudo também se afastam do resultado do estudo de Bonfim (2014). A autora para estimar a CTE em Unidade de Saúde da Família (USF), recorreu ao método de amostragem de trabalho e utilizou um instrumento construído para o efeito baseado nas NIC. Especificamente para o trabalho dos enfermeiros e considerando as 9.198 observações realizadas verificou que os enfermeiros despenderam durante o dia de trabalho 59,2,1% do tempo em intervenções de enfermagem, dos quais 30,5% em cuidados diretos e 28.7% em cuidados indiretos. Yen et al., (2018) utilizou o método de tempo e movimento para estudar o tempo que os enfermeiros gastam na prestação de cuidados, num período de 12h, em contexto de enfermaria hospitalar. Verificaram que os cuidados de enfermagem se caracterizam por multitarefas, em que as intervenções de enfermagem mais vezes realizadas foram a prestação direta de cuidados, através da avaliação do doente e a administração de medicação. Os cuidados não assistenciais foram concretizados pela preparação de medicamentos e a comunicação interprofissional. Garcia e Fugulin (2010) também realizaram um estudo em contexto hospitalar, num serviço de urgência que visou determinar a CTE. Os resultados do estudo indicam no sentido de os enfermeiros despendem 35% do tempo na prestação de cuidados diretos e 35% do tempo na prestação de cuidados indiretos, 18%

em atividades de tempo pessoal e 12% outras atividades associadas ao exercício. O estudo realizado revestia-se de alguma especificidade, nomeadamente no contexto e abordagem na prestação dos cuidados de enfermagem. Assim, apesar de consideravelmente distinto do contexto e abordagem no cuidado prestado dos estudos acima referidos, os resultados apontam no sentido de independentemente do contexto e abordagem, os enfermeiros prestam cuidados assistenciais e não assistenciais. No estudo concretizado apenas foi considerado o tempo de prestação de cuidados diretos e cuidado indiretos e constatou-se que 83,7% do tempo despendido pelos EF é na prestação de cuidados diretos (assistenciais) e 16,3% do tempo é despendido em cuidados indiretos (não assistenciais). Os resultados obtidos divergem significativamente dos resultados Garcia e Fugulin (2010); Bonfim, (2014); Grafen e Mackenzie (2015); Yen et al., (2018); van den Oetellar et al., (2018). Aqui, importa ressaltar que o método e os instrumentos de recolha de dados, os contextos de realização e o âmbito da intervenção dos enfermeiros, são diferentes em todos os estudos, por si, são explicativos da divergência dos resultados.

Preditores/Tempo de consulta /Carga de trabalho dos enfermeiros

A carga de trabalho dos enfermeiros foi definida como uma combinação de fatores, incluindo o tempo despendido no cuidado direto e indireto aos utentes e outro trabalho, competência, esforço físico e complexidade do cuidado, entre outros (Alghamid, 2016).

As intervenções predictoras da carga de trabalho dos EF distribuem-se pelos domínios assistencial e não assistencial, sendo que o domínio assistencial representa a maior contribuição na determinação da carga de trabalho. No estudo determinou-se a carga de trabalho traduzida pelo tempo de consulta, nas áreas clínicas em análise. Verificou-se que na consulta à pessoa com DM o tempo médio de consulta foi de 2665 seg. (44,4min), tempo mínimo de 750 seg. (12,5 min) e o tempo máximo de 9420 seg. (157 min). Contribuem para o tempo de consulta as intervenções de carácter assistencial realizadas nos subdomínios avaliar, monitorizar, ensinar, elaborar, treinar, promover, administrar, referenciar, assistir, incentivar. E as intervenções de carácter não assistencial nos subdomínios do acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidades de cuidados, e documentação dos cuidados. Na consulta à pessoa com HTA foi determinado o tempo mínimo de consulta de 585 seg. (9,75 min.), o tempo médio de 2633 seg. (43,8 min.) e o

tempo máximo de 9360 seg. (156 min.). Contribuíram para o tempo de consulta as intervenções do domínio assistencial e as intervenções do domínio não assistencial. Na consulta à pessoa em HIPO foi determinado como tempo mínimo de consulta 585 seg. (9,75 min), tempo médio 2132 seg. (35,5 min.) e tempo máximo 9360 seg. (156 min.). Concorreram para o tempo de consulta as intervenções do domínio assistencial e do domínio não assistencial tais como: avaliar, monitorizar, ensinar, acolhimento da pessoa, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados, e a documentação dos cuidados. Os tempos de consulta obtidos no estudo são consideravelmente superiores ao que está definido no Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. O regulamento define 30 minutos por consulta de especialidade em CSP. Loureiro, Silva, Quitério, & Charepe (2012) realizaram um estudo num contexto de prestação de cuidado semelhante (CSP em Portugal), todavia a dimensão da prestação do cuidado tivesse sido na gestão da saúde (consulta de vigilância de saúde infantil) e o método de recolha de dados consistiu na observação direta de 31 consultas de enfermagem. Verificaram que o tempo despendido na realização da consulta foi de 23 minutos (média) tendo variado entre 10 min de tempo mínimo e 32 min. de tempo máximo. Este resultado é, consideravelmente, inferior ao encontrado no presente estudo, pese embora a população alvo e o método de recolha de dados serem diferentes, o que por si só, ajuda a explicar o resultado. No entanto, para a compreensão deste resultado também é relevante ter em consideração, as especificidades das intervenções de enfermagem face à população alvo e as necessidades de saúde expressas pelos clientes alvo dos cuidados.

Margarido e Castilho (2006) procuraram caracterizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença coronária. Sustentaram-se nas intervenções dos enfermeiros na consulta dirigida à pessoa com doença coronária para estimar o tempo e o custo médio do trabalho dos enfermeiros. Elegeram uma amostra de 44 pessoas com doença coronária e verificaram que o tempo de consulta foi de 48,9 minutos para as primeiras consultas e 22,4 minutos para as consultas subsequentes. Estes resultados aproximam-se mais dos resultados obtidos no presente estudo comparativamente ao estudo referido anteriormente, nomeadamente na população alvo, contudo as intervenções de enfermagem realizadas foram significativamente diferentes às realizadas no estudo que se apresenta.

Barratt e Thomas (2018 a) realizaram um estudo de abordagem qualitativa que procurou compreender a natureza dos processos comunicacionais e a interação estabelecida na consulta de enfermagem. Noutro estudo Barrat e Thomas (2018b) indagaram conhecer a influência e as expectativas com a consulta dos enfermeiros dos CSP do Reino Unido.

Procuraram relacionar o tempo de consulta com a capacitação e a satisfação do utente. Os resultados do estudo permitiram concluir que os utentes ficaram muito satisfeitos com a consulta e expressam níveis de capacitação significativamente mais elevados do que os encontrados em estudos anteriores. Todavia, os autores reconhecem que os elevados níveis de capacitação não são necessariamente determinados pelo tempo de duração da consulta, mas a forma como a consulta foi conduzida, poderá ter sido mais importante do que o tempo de duração.

O estudo multicêntrico realizado por Venning, Durie, Roland, Roberts, & Leese, (2000) procurou comparar os tempos de consulta médica e tempos de consulta de enfermagem. As consultas foram realizadas a utentes que recorreram aos serviços de saúde por necessidade espontânea (sem consulta programada). Os resultados mostram que as consultas dos enfermeiros foram significativamente mais longas do que as consultas médicas (11,5 min *vs* 7,28 min). Verificaram também diferentes intervenções entre os profissionais, em que os enfermeiros realizaram mais testes de diagnóstico e mais frequentemente reprogramam consultas.

O estudo de Stevens et al., (2017) em que o objetivo foi determinar fatores relacionados com os utentes e com os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que se associam à duração das consultas. Participaram no estudo 218304 utentes e 316 profissionais de saúde. Apuraram que as consultas de enfermagem presenciais tiveram uma duração média de 9,70 minutos e a não presencial de 5,73 minutos. As consultas com maior duração foram associadas a utentes do sexo masculino, idade mais avançada. Os tempos de consulta obtidos no presente estudo são motivo de reflexão, isto por que, os tempos determinados em comparação com a literatura são consideravelmente superiores. Por outro lado, o tempo médio de consulta é um indicador de qualidade usado pela OMS (Silva, et. al., 2017). A consulta de enfermagem é usada como indicador de desempenho nas unidades funcionais USF e UCSP. A duração da consulta de enfermagem é também utilizada como uma ferramenta de monitorização da prestação de cuidados em CSP, como indicador de resultado. Foi amplamente, divulgado na literatura que as consultas mais longas produzem melhores resultados o que, por sua vez, implicaria mais recursos para satisfazer as necessidades da população. Porém, esta ideia de relacionar o tempo de consulta a melhores resultados foi desconstruída por Wilson e Chids (2009) através de uma revisão sistemática da literatura. Os resultados obtidos por Wilson e Chids (2009) patenteiam não existir evidência suficiente que confirme essa condição (mais tempo, melhor cuidado), no entanto os autores consideram haver alguma evidência que sugere que as consultas mais longas melhoram a promoção de saúde, a capacitação do utente,

a qualidade e a manutenção dos registos dos profissionais. O estudo de Mercer et al., (2016) também evidenciou que as consultas com maior duração em utentes com multimorbidade, levam a uma maior capacitação do utente e a melhor qualidade de vida. Stevens et al., (2017) também se referem ao tempo de duração da consulta admitindo que as consultas mais longas poderão trazer benefícios às pessoas idosas com multimorbidade. Estes dados poderão ajudar a justificar e compreender os tempos médios de consulta obtidos no estudo.

Modelos de cálculo da previsão da carga de trabalho do EF

Foram identificados para cada área clínica os preditores da carga de trabalho. Estes serviram de suporte ao desenvolvimento dos modelos de previsão da carga de trabalho do EF para a gestão da doença crónica.

Para área AC1 (consulta à pessoa com DM) foram gerados 5 modelos que podem explicar a carga de trabalho do EF na referida consulta. Sendo que dos modelos de previsão da carga de trabalho gerados aquele que melhor prediz a carga de trabalho é o modelo 5. O modelo 5 foi gerado a partir de intervenções realizadas no âmbito dos cuidados assistenciais e não assistenciais, nomeadamente: monitorizar peso, monitorizar pressão arterial, monitorizar perímetro abdominal, ensinar sobre alimentação e documentação de cuidados.

Na AC2 (consulta à pessoa com HTA) foram gerados 4 modelos explicativos da carga de trabalho dos EF. O modelo 4 inclui intervenções de enfermagem dos dois domínios dos cuidados prestados pelo EF, nomeadamente: monitorizar peso, monitorizar Pab., procedimentos de continuidade de cuidados e a documentação de cuidados. Neste modelo verificam-se duas intervenções do domínio assistencial e duas intervenções do domínio não assistencial como predictoras da carga de trabalho. Foram gerados 3 modelos de cálculo da carga de trabalho na AC3 (consulta à pessoa em HIPO). Sugere-se a opção pelo modelo 3, na medida em que melhor explica a carga de trabalho do EF na consulta à pessoa em HIPO oral em vigilância em CSP. Foram identificadas como intervenções predictoras: monitorizar a frequência cardíaca, o acolhimento e a documentação de cuidados, correspondendo respetivamente uma intervenção do domínio assistencial e duas intervenções do domínio não assistencial. Na literatura não foi identificado nenhum estudo semelhante pelo que as discussões dos resultados obtidos ficam comprometidos.

A complexidade do conceito de carga de trabalho do EF na consulta à pessoa DC pode, de alguma forma, tornar-se mais explícita, quando se identificam os principais domínios

abrangidos, os quais permitem discriminar melhor as áreas de intervenção. Assim a carga de trabalho assistencial é fundamentalmente influenciada pelos subdomínios que permitem a capacitação da pessoa para o autocuidado. Através da implementação de medidas favorecedoras à gestão da doença, tais como a adoção de estilos de vida mais saudáveis (exercício, alimentação), a adesão ao regime terapêutico, e as atitudes de autocuidado/autovigilância. Não se pode deixar de considerar o tempo necessário para a realização das intervenções de carácter não assistencial na carga total do EF, na medida em que representam uma percentagem considerável de tempo, além de que são intervenções fundamentais na promoção do cuidado de enfermagem seguro e de qualidade.

Distribuição da carga de trabalho do EF

A iniquidade em saúde é sinónimo de assimetrias ou diferenças desnecessárias e evitáveis. Além disso é conhecido que as desigualdades em saúde fazem aumentar as desvantagens daqueles que já sofrem em termos económicos e sociais. Por outro lado, a equidade em saúde implica que idealmente todos devem ter oportunidade justas, logo a equidade em saúde reflete a ausência de disparidades sistemáticas (Pereira, 2018). Na observância destes princípios e tomando-os por analogia que se procurou conhecer a distribuição das cargas de trabalho dos EF pelas áreas clínicas em estudo, para perceber que tipo de iniquidade ou equidade é mantida nas cargas de trabalho.

Além da importância da identificação das cargas de trabalho por domínios da prestação de cuidados, também se considerou importante identificar a distribuição das cargas de trabalho pelas áreas clínicas AC1, AC2 e AC3, isto porque, pode permitir compreender a distribuição. E, por sua vez, encetar ações que permitirá a uma distribuição mais equitativa da lista de utentes/famílias. Para isso, recorreu-se à curva de Lorenz e o coeficiente de Gini. A consulta à pessoa com DM é aquela que apresenta maior carga total seguida da consulta à pessoa com HTA e HIPO. Contudo, estas ligeiras variações parecem não impactar na carga total de trabalho dos EF. Os estudos de Yu et al., (2019) e Jin, et al., (2015) procuraram também explorar a distribuição dos profissionais e dos utentes (Moskowitz et al., 2008), a alocação de recursos de saúde (Jin, et al., 2015) e o acesso aos cuidados médicos (Yu et al., 2019). Todos os estudos referidos mostram desigualdade na distribuição, quer na alocação de recursos quer no acesso aos cuidados de saúde. No presente estudo verificou-se um grau de igualdade na distribuição da carga total de trabalho assistencial e da carga não assistencial. Contudo, no que diz respeito à carga de trabalho assistencial, verifica-se uma moderada desigualdade.

Nesta área em estudo, também não foi encontrado na literatura dados que permitissem uma discussão sustentada na melhor evidência.

ETAPA 3 – CONSOLIDAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

3.5. Metodologia

Nesta etapa, pretendeu-se dar resposta ao objetivo 15 e 16 proposto no projeto de investigação. Foi finalidade do estudo construir uma matriz que sirva de referência para a determinação da dotação segura de enfermeiros de família para a gestão da doença crónica. Na prossecução dos objetivos definidos para esta etapa da investigação opta-se pela realização de um estudo eminentemente qualitativo com recurso à técnica de grupos focais (GF).

O GF é uma técnica de recolha de dados que as origens estão associadas a Robert King Merton (Galego & Gomes, 2005; Trad, 2009). O GF é considerado uma técnica qualitativa de recolha de dados, em que a finalidade é obter opiniões de grupos a questões relacionadas com um tema proposto. O GF, tal como em qualquer outro tipo de investigação de natureza qualitativa, tem por finalidade procurar o sentido e a compreensão dos fenómenos relacionados com a questão em estudo, em que a estratégia indutiva de investigação, sendo o resultado apresentado de forma descritiva (Veloso & Keating, 2014; Trad, 2009; Galego & Gomes, 2005).

Atendeu-se à utilização dos GF para a continuidade da investigação por se considerar que combinada com outras técnicas de recolha de dados primários, em particular como complementar á investigação quantitativa realizada na etapa 2, revelar-se-ia especialmente útil para o prosseguimento dos objetivos definidos nesta investigação.

Tratando-se uma investigação em contextos de saúde Trad (2009) considera que este tipo de abordagem enfatiza a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sociais sobre os quais incidem o fenómeno a ser estudado. Neste sentido se considerou realizar os GF com três populações diferentes em termos de contextos, capacidades e habilidades, mas com similaridades em termos daquilo que é o *core* da investigação – a prestação de cuidados de enfermagem seguro e de qualidade.

A opção pela realização de entrevista por GF resulta do interesse de recolher informação de um grupo alargado de indivíduos e com perspetivas diferentes daquilo que possa ser a prestação de cuidados de enfermagem. Gerar discussão em determinadas questões, através de dinâmicas criadas a partir da interação entre os sujeitos podem trazer uma maior riqueza á discussão. Assim, procurou-se uma visão multifacetada e holística dos fenómenos que se

pretende compreender e estudar, com o intuito de aumentar o grau de confiança nos resultados obtidos.

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo de cariz eminentemente qualitativo (Polit & Beck, 2011) com recurso a uma metodologia de grupo focal, que foi realizado para obter contributos dos enfermeiros de espectro alargado das competências de enfermagem, para a construção de uma matriz que possa servir de referência para a determinação da dotação segura de enfermeiros de família.

3.5.1. Objetivos do Estudo

- Validar fórmula de cálculo do peso da carga de trabalho da gestão da doença crónica na carga de trabalho total do EF;
- Definir matriz de dotação segura de EF na gestão da DC.

3.5.2. População e Amostra

Definiram-se os critérios e as variáveis que norteiam a constituição do GF considerando o critério do equilíbrio entre a homogeneidade e heterogeneidade. Nomeadamente, na seleção de profissionais de enfermagem da prática clínica, da gestão de serviços e das associações profissionais. Procurou-se constituir um GF com indivíduos em que as características profissionais fossem semelhantes para garantir um equilíbrio entre a uniformidade e diversidade (Silva et al., 2014; Galego & Gomes, 2005). Aspectos como a idade, género, área geográfica não foram tidos em consideração para a constituição do GF. Para o presente estudo considerou-se importante recorrer a três amostras distintas, mas complementares na sua essência, atendendo ao espectro da abrangência das competências dos enfermeiros que se pretendia atingir. Foram definidos os critérios de inclusão para elegibilidade para a constituição de cada uma das amostras. Depois de definidos os critérios de elegibilidade para cada um dos GF a realizar foi enviado um convite via correio eletrónico para averiguar a sensibilidade para a participação no estudo. Logo que devolvida a aceitação do convite foi enviado novo *e-mail* com data e a hora e *link* de acesso à reunião. Aqueles que devolveram resposta foi ainda feito um novo contato via *e-mail* ao fim de uma semana e contato telefónico sempre fosse possível. Uma semana antes da data programada para a realização da sessão com os especialistas que aceitaram participar foram novamente contactados com uma mensagem de lembrança da realização do evento.

3.5.2.1. Amostra: Enfermeiros Gestores

Considerou-se eleger enfermeiros com categoria profissional de gestor a integrar os GF porque, além das funções inerentes à categoria de enfermeiro e enfermeiro especialista o seu conteúdo funcional integra na generalidade, as funções de planeamento, organização, direção e avaliação de cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança dos cuidados, entre outras funções (Decreto-Lei n.º 71/2019).

Para a definição da amostra consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: Deter categoria profissional de enfermeiro gestor; ter experiência profissional superior a 5 anos como enfermeiro gestor; estar em funções de gestão de unidades de saúde dos CSP. A amostra foi constituída por 4 enfermeiros gestores em exercício de funções em unidade funcionais do ACeS. Contudo, foram convidados a participar no GF 10 enfermeiros gestores, no entanto, só quatro aceitaram o convite.

3.5.2.2. Amostra: Enfermeiros da Prática Clínica

Considerou-se como especialistas para o GF enfermeiros da prática clínica em CSP, por se entender que estes profissionais são os que melhor conhecem as condições de trabalho e as exigências do mesmo. Definiram-se os seguintes critérios de inclusão para a definição da amostra: exercer funções em unidades funcionais dos CSP em USF ou UCSP; ter experiência profissional superior a 10 anos; ter formação pós-graduada em enfermagem de saúde familiar e/ou título profissional de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária na área de enfermagem de saúde familiar; pertencer ou ter pertencido ao conselho técnico da USF/UCSP. A amostra foi constituída por 8 enfermeiros da prática clínica em USF/UCSP, aqueles que depois de convidados a participar acederam ao convite, contudo foram convidados a participar no GF 12 enfermeiros.

3.5.2.3. Amostra: Elementos Representantes de Associações de Enfermagem

As Ordens profissionais são associações de direito público e de reconhecida autonomia pela constituição da República Portuguesa, criadas com o objetivo de promover a autorregulação e a descentralização administrativa, com respeito pelos princípios da harmonização e da transparência (Conselho Nacional das Ordens Profissionais, s/d). As ordens são criadas com vista à defesa dos direitos fundamentais dos cidadãos e à salvaguarda do interesse público, através da autorregulação das profissões cujo exercício exige autonomia técnica funcional e

independência, bem como capacidade técnica, como o caso da OE. As associações de enfermagem têm por princípios norteadores a defesa das melhores práticas de enfermagem e dar contributos no desenvolvimento de estratégias promotoras de competências profissionais nas mais diversas áreas de intervenção.

Representantes da Ordem dos Enfermeiros; Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL); Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF); Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP); Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN) foram convidados a participar no estudo.

A amostra foi constituída por cinco elementos que representam as instituições acima referidas, com carácter relevante à profissão de enfermagem. Foram considerados como critérios de inclusão os profissionais desempenharem cargos de relevo nas organizações. Elegeu-se uma amostra por conveniência dado tratar-se de instituições significativas ao desenvolvimento da enfermagem, sendo que os elementos a participar foram definidos pelas respetivas associações.

3.5.3. Instrumento de colheita de dados

Recorreu-se a um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice 6) na qual se definiram os objetivos e as questões-chave. Utilizou-se uma grelha de observação da sessão (Apêndice 7) criada com o propósito de permitir as anotações e reflexões ao moderador e comoderador

3.5.4. Procedimento de colheita e análise de dados

Face às circunstâncias vividas durante o período da realização deste estudo, (março e abril, 2021) em pleno período de pandemia por SARS Cov 2, e com regras de confinamento que desaconselhava fortemente qualquer interação social e o facto de a investigação não poder parar, considerou-se a realização dos GF por videoconferência com recurso ao *software Zoom Colibri*.

Perante esta circunstância, procurou-se compreender as implicações da realização do GF *on line* e conhecer as reais possibilidades da sua concretização. A literatura relata existirem benefícios e limitações com o recurso ao mesmo. Como benefício salienta-se: ser eficiente para promover reação espontânea e intensidade; ter um custo reduzido; sem tempo e

restrições geográficas; ausência física e distância psicológica da interação pode estimular a participação do grupo e aumentar a honestidade. Como limitações apontam-se: contribuições com comentários mais curtos; probabilidade de existir apenas palavras de concordância com a interação; os resultados podem ser superficiais; restrito a participantes com acesso à internet; o papel do moderador pode ser mais complexo; nomeadamente na dificuldade de interpretar os silêncios (Schröder, & Klering, 2009). A atual tecnologia informática e os *softwares* altamente sofisticados vêm desmontar algumas das desvantagens identificadas na utilização dos sistemas informáticos na condução de GF *on line*, em particular, o referido por (Edmunds, 1999 as cited. por Duarte, 2007) no que se referia à captação da imagem em tempo real e a impossibilidades de captar as expressões faciais e gestos dos participantes que são fundamentais na análise dos discursos proferidos.

Na condução dos GF o papel de liderança foi assumido pela investigadora principal coadjuvada por um investigador no projeto MDAIF, que tem vindo a realizar investigação sobre a carga de trabalho dos enfermeiros de família. As sessões de trabalho foram como referidas coordenadas pela investigadora principal, cuja função foi promover a participação e a interação de todos os participantes, assegurando-se que não houvesse dispersão em relação aos objetivos previamente estabelecidos. Os objetivos foram propostos pela equipa de investigadores e foi dada também a possibilidade ao grupo de participantes antecipadamente terem conhecimento dos mesmos, caso o solicitassem. Antes de se iniciar as rondas dos GF foi pedida a autorização para a gravação vídeo e áudio para posterior transcrição e subsequente análise.

A sessão de cada grupo focal inicia-se com a apresentação do moderador e comoderador, informando sobre o propósito da reunião. Solicitou-se aos participantes que se apresentassem aos restantes membros do grupo. O moderador fez uma breve explicitação das regras básicas de funcionamento do grupo, o tempo previsto de duração da sessão a realizar. Procurou-se cumprir o guião da entrevista onde se definiram um conjunto de questões-chave que foram determinadas para a condução da entrevista. A primeira questão-chave consistiu na sensibilização dos participantes e legitimação da entrevista.

De seguida foram apresentados os resultados do estudo na etapa 2 do desenho de investigação. Fez-se uma breve síntese dos objetivos e desenho do estudo. Abordou-se o conceito de dotação segura e carga de trabalho dos enfermeiros. Apresentou-se os tempos médios de consulta obtidos em cada área clínica. Procurou-se no seguimento da apresentação

dos resultados refletir sobre as implicações da carga de trabalho nos resultados dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na segurança e qualidade dos mesmos. Esse papel coube ao investigador principal ao proporcionar um clima favorável à exposição de ideias por todos os participantes, procurando evitar demasiada interferência. Apresentou-se a proposta de fórmula de cálculo de horas de cuidados, em que a questão-chave consistiu na sua apreciação e obtenção de contributos por parte dos participantes no sentido de a complementar. A última questão-chave foi concebida no sentido de obter os contributos para a construção da matriz de referência dos EF para gestão da doença crónica.

Os grupos focais foram constituídos por 4 a 8 participantes. Foram realizadas duas rondas no GF dos enfermeiros da prática clínica (EPC) e com os enfermeiros gestores (EG), cada ronda teve uma duração de aproximadamente 90 minutos. No GF em que participaram os enfermeiros das associações profissionais (EAP) foi apenas realizada uma ronda com duração aproximada de 90 minutos. As sessões foram realizadas através da plataforma de comunicação e vídeo *Zoom Colibri* durante o mês de março e abril de 2021.

Para análise e tratamento de dados recorreu-se à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2011). Foi elaborado um plano descritivo das falas (texto), que consiste na apresentação das ideias expressas, bem como nos apoios e destaques para diferenças entre opiniões e discursos dos participantes nos GF. Foi extraído tudo que foi relevante e associado com o tema pré-estabelecido, foram geradas categorias a partir das informações obtidas e dos objetivos predeterminados. Seguindo as diferentes fases de análise propostas por Bardin (2011) logo após a transcrição das entrevistas foi possível identificar algumas ideias chave que vieram a consubstanciar uma primeira codificação (uma codificação *à priori*). Nesta fase procurou-se sistematizar as ideias principais de forma esquemática e posteriormente através da leitura flutuante de todas as entrevistas, foi possível obter um conhecimento mais preciso. Após a preparação de todo o material (*corpus*) através de processo de edição, passou-se à fase seguinte, a exploração, realizando-se o processo de codificação, para logo depois fosse possível a concretização da terceira e última etapa – tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação. Ao nível da codificação, e tendo em conta os objetivos do estudo GF foram selecionadas unidades de registo por referente ao objeto, na medida em que melhor espelham a natureza do conteúdo dos discursos. Este tipo de unidades de registo é considerado “termo eixo, em redor dos quais o discurso se organiza” (Bardin, 2011, p. 132). Em seguida, procedeu-se à categorização, ou seja, à divisão em categorias das mensagens. Bardin (2011) classifica as categorias como rubricas que congregam grupos de elementos que

têm algo em comum entre si – as unidades de registro. Para a identificação das categorias de análise teve-se em consideração o conjunto das ideias primárias que foram surgindo ao longo da transcrição dos discursos dos participantes. Posteriormente estas categorias foram sendo reformuladas, refinadas a partir da análise exaustiva dos discursos e da sua codificação, por forma a permitir uma melhor compreensão dos dados recolhidos (Bardin, 2011).

De uma forma sucinta, as etapas realizadas no decurso metodológico da análise de conteúdo foram: leitura integral das entrevistas e dos documentos orientadores; seleção das unidades de significação e identificação/definição de categorias; construção de grelhas de análise; construção de um discurso interpretativo onde se invocaram não só aspetos comuns, como também as singularidades dos discursos, selecionando-se excertos que se consideraram relevantes para a temática em estudo e organizando-os nos diferentes aspetos em que eles se revestem. Procurou-se em todo o processo respeitar o sentido atribuído pelos participantes.

3.5.5. Resultados

O estudo permitiu ponderar sobre a importância da determinação da dotação segura de enfermeiros de família para a gestão da doença crónica no enquadramento atual dos CSP. E refletir sobre a inter-relação entre a dimensão carga de trabalho (de acordo com os resultados encontrados no estudo realizado na etapa 2) e a dotação segura dos enfermeiros de família na gestão da doença crónica

Os participantes neste estudo provieram de três amostras de profissionais de enfermagem. A amostra 1 (EG) - é constituída por enfermeiros gestores. Foi composta por 4 enfermeiros sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Com idades compreendidas entre os 50 e 60 anos. Três dos enfermeiros gestores possuem grau de mestre e um de licenciado, todos possuem título de enfermeiros especialista. Amostra dos profissionais da prática clínica foi constituída por 8 enfermeiros, 7 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, sendo todos especialistas em enfermagem de saúde comunitária e/ou enfermagem de saúde familiar e exercício em USF/UCSP. As idades dos participantes variavam entre os 32 anos e os 58 anos. A amostra dos enfermeiros que representaram as associações profissionais foi constituída por 5 elementos sendo 2 do sexo masculino e 3 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 42 e 68 anos. Três dos participantes são detentores de grau académico de doutor em enfermagem, e dois com título de especialista em enfermagem de saúde comunitária.

Tabela 91 - Caracterização socioprofissional das amostras dos profissionais de enfermagem que participaram nos grupos focais

Variáveis	Amostra 1		Amostra 2		Amostra 3	
	<i>n</i> (4)	%	<i>n</i> (8)	%	<i>n</i> (5)	%
Sexo						
Masculino	1	25%	1	12,5%	2	40%
Feminino	3	75%	7	87,5%	3	60%
Anos de prática						
10-15 anos	---	---	2	25%%	---	---
15-20 anos	---	---	3	37,5%	1	20%
20-30 anos	3	75%	2	37,5%	3	60%
≥ 30 anos	1	25%	1	12,5%	1	20%
Título profissional						
Enfermeiro	---	--	1	12,5%	---	---
Enfermeiro especialista	4	100%	7	87,5%	4	80%
Enfermeiro gestor	4	100%	---	---	1	20%
Habilitação acadêmica						
Licenciado	1	25%	6	---	--	---
Mestre	3	75%	2	---	2	40%
Doutor	--	--	--	--	3	60%

Fonte: produção própria

Tendo em consideração as questões levadas a discussão apresenta-se em seguida os resultados, organizando-se em torno de cada questão-chave definida, as quais tomaram a forma de categoria de análise para apresentação dos dados referentes a cada GF (enfermeiros gestores; enfermeiros da prática clínica, e enfermeiros que representam as associações profissionais). Assim, com o objetivo de conhecer as lógicas que presidem a uma matriz de dotação segura de enfermeiros de família para gestão da doença crônica definiram-se categorias que decorrem dos objetivos do grupo focal.

Categoria 1 – Importância atribuída à carga de trabalho dos enfermeiros

E1-EG – [...] não conheço estudo que aborde essa temática [...]

E2 - EG [...] relevante [...] pode contribuir com informações preciosas para nós gestores [...]

Os gestores reconhecem a importância de investigar o contributo que o estudo da carga de trabalho pode dar à gestão. São afirmativos sobre a importância deste estudo pois referem não conhecer estudos neste âmbito e os resultados podem servir como uma mais-valia ao desempenho dos gestores.

E1- EPC [...] parece-me muito importante que haja estudos que investiguem esse tema [...]

E1- EPC [...] parece-me muito pertinente que haja estudos que investiguem esse tema [...]

E2 - EPC [...] acho a questão da carga de trabalho importantíssima e fulcral e pode ser o ponto de mudança de muita coisa.

E3 - EPC [...] é fundamental que saibamos as cargas de trabalho [...] quando fazíamos os planos de ação à mão e as contas para ver quanto tempo que precisávamos para as consultas dava logo para perceber que não possível dar respostas [...]

E3 - EPC [...] é fundamental perceber qual é a carga de trabalho em cada consulta [...] o tempo que precisamos para a executar [...]

E5 - EPC- [...] o mais importante que vejo nisto é que o estudo realça. [...] o estudo permite dizer o que se faz e que tempo é necessário [...]

E6 - EPC [...] na minha equipa discutimos muito esta questão de como vamos dar resposta em relação ao acompanhamento adequado que preconiza a DGS em relação à doença crónica [...] exatamente com a carga de trabalho [...] há reflexões a fazer certamente.

E6 – EPC [...] também acho muito interessante pegar nesta questão da carga de trabalho e relacioná-la com a autonomia profissional [...]

E7 - EPC [...] revejo naquilo que os colegas têm dito [...] acho fundamental este cálculo da carga de trabalho porque realmente não é valorizado [...] é preciso demonstrar que a carga é imensa.

E7 - EPC [...] eu agora chego a 40 atendimentos por dia [...] é andar a correr

E7 - EPC [...] também me parece que serve de ferramenta para demonstrar a necessidade em termos de mais profissionais [...]

E7 - EPC [...] também me parece que serve de ferramenta para demonstrar a necessidade em termos de mais profissionais [...].

E8 - EPC [...] estes resultados interessam-nos a nós como enfermeiros acho que é um bom diagnóstico de situação [...] é preocupante a carga de trabalho [...] temos que fazer algumas reflexões [...]

E8 – EPC [...] é assim [...] quando estamos a prestar cuidado a carga de trabalho influencia a qualidade, não é? [...] quando existe uma grande carga de trabalho obviamente que a qualidade dos nossos cuidados é afetada [...]

Os enfermeiros da prática clínica reafirmam a importância da determinação da carga de trabalho dos enfermeiros, na medida que esta poderá traduzir-se na demonstração da importância de aumentar as equipas para dar resposta às necessidades dos utentes. E também de certa forma trazer a debate as condições de trabalho dos EF.

E1 - EAP [...] começo por dizer que acho altamente pertinente a temática [...]

E2 – EAP [...] muito importante, sem dúvida [...]

E3 – EAP [...] realmente a carga de trabalho é muito importante [...] interfere claramente com os cuidados prestados ao utente [...]

E4 – EAP [...] conhecer a carga de trabalho trará conhecimento acrescido, muito importante, nomeadamente no âmbito da saúde familiar [...]

E5 – EAP [...] acho que é muito importante uma vez que todos nós sabemos que um dos principais problemas é a sobrecarga [...]

E5 – EAP [...] a sobrecarga de trabalho não dá boas práticas [...] há mais erros como é lógico [...]

Os enfermeiros que representam a ordem e as associações de relevo para a enfermagem também destacam a importância da determinação da carga de trabalho e referindo-se às implicações da carga de trabalho desajustada.

Categoria 2 – Relevância da dotação segura de enfermeiros

Para melhor se compreender dotação segura dos enfermeiros de família, ponderou-se que, antes de mais, se devia conhecer qual a importância que lhe é atribuída pelos enfermeiros gestores, enfermeiros da prática clínica e dos representantes das associações profissionais de enfermagem. Que significado atribuem à dotação segura seja no contexto geral da enfermagem quer ao nível da enfermagem de saúde familiar em particular. Esse entendimento foi dado pelos enfermeiros gestores quando referem:

E1- EG [...] sem dúvida que a dotação é essencial [...]

E3- EG [...] não podemos pensar em cuidados seguros de outras formas [...]

E1-EG [...] temos que pensar cada vez mais na qualidade [...] e isso além de outros aspetos implica a dotação de enfermeiros [...]

E4 – EG [...] dotação claro, não dotação adequada não há qualidade [...]

Ao nível geral verificou-se que os enfermeiros gestores assumem a dotação segura como algo essencial para a qualidade dos cuidados, não indo além da importância que lhe atribuem.

E2- EPC [...] olha acho fulcral, mas a questão é que nós temos que dar resposta [...] não interessa a qualidade [...] para mim interessa muito [...] o que parece é que não interessa muito para eles [...] os superiores [...]

E3-EPC [...] a pressão a que estamos [...] a qualidade como [...] eu falo mais pelas USF principalmente no modelo B [...]

E4-EPC [...] nós temos que perceber o que andamos a fazer no nosso dia-a-dia [...] se é isto que queremos para os cuidados de enfermagem [...] que qualidade temos? [...]

E5-EPC [...] nós chegamos ao fim do dia...do mês do ano [...]se calhar com alguma coisa por fazer, demasiada quantidade e se calhar menos qualidade [...];

E6- EPC [...] em relação à segurança [...] também sinto que quando nós muitas vezes fazemos várias coisas em simultâneo [...] questiono-me sobre a segurança muitas vezes e que qualidade de cuidados estou a prestar.

E7-EPC [...] revejo-me naquilo que os colegas têm vindo a falar [...] se calhar a qualidade é muito pouco [...] as solicitações são muitas [...]

E6-EPC [...] em relação à segurança também sinto que quando nós muitas vezes fazemos várias coisas em simultâneo...também muitas vezes me tenho questionado sobre a qualidade sobre tudo aquilo que faço se de facto tenho tempo que chega para fazer bem feito [...]

E4 – EPC [...] os colegas falam sobre segurança e qualidade eu revejo naquilo de tem falado [...]

E7 – EPC [...] penso que esta reflexão é inevitável [...] isto de andar a apagar o fogo isto traz uma angústia imensa [...]

E2 EPC [...] fico contente por saber que há mais gente com as mesmas preocupações

E2- EPC [...] não tenho muito mais acrescentar às preocupações e reflexões feitas aqui [...] posso apenas referir o nosso caso particular. Estamos com colegas ausentes por doença e não são substituídos e isso evidentemente reflete-se na carga de trabalho, segurança e qualidade dos cuidados infelizmente [...].

Os relatos dos participantes do GF constituído por enfermeiros da prática clínica, no que se reporta à importância da dotação de enfermeiros consideram que esta permite garantir a

segurança e a qualidade dos cuidados. Todos os participantes consideraram que a dotação adequada é fundamental, contudo nos seus discursos reportam-se à aplicação prática dos seus contextos da práxis. Se por um lado, reafirmam a importância da qualidade, por outro, põem em causa a sua capacidade de prestar cuidados de qualidade e a segurança. Nomeadamente, face ao conjunto de condicionantes vividas: a necessidade de dar respostas às constantes solicitações por parte dos utentes, as solicitações por parte da instituição, à perceção da falta de valorização por parte da instituição em implementar estratégias que permitam a consolidação da qualidade dos cuidados.

E1 - EAP [...] não podemos pensar em carga de trabalho sem as implicações que a elas estão associadas [...]

E2 - EAP [...] OE já regulamentou [...]

E3- EAP [...] é importante que os enfermeiros considerem o que está regulamentado [...]

E4 - EAP [...] já temos um instrumento que nos ajuda nessa questão [...]

E5 – EAP [...] se nós tivermos dotações inseguras [...] não temos qualidade nos cuidados [...]

E5 – EAP [...] as dotações seguras são extremamente importantes para não haver erros [...]

A dotação segura de cuidados de enfermagem na perspetiva dos participantes que representam as associações profissionais circunscreveu-se ao realce do regulamentado definido pela Ordem dos Enfermeiros e na importância da sua operacionalização.

Categoria 3 – Proposta da fórmula de cálculo do peso da gestão da doença crónica na carga total do enfermeiro de família

Levou-se a debate o conjunto dos pressupostos considerados na fórmula que permite calcular o peso da gestão da doença crónica na carga total de trabalho do enfermeiro de família. Foram ponderados os seguintes requisitos: a taxa de prevalência da doença; o número de utentes por enfermeiro; número de consultas a realizar no ano por área clínica; o tempo médio de consulta; o tempo de horas de cuidados.

A apreciação por parte dos EG naquilo que foi a fórmula apresentada, centrou-se na reflexão do que foi exposto e na sua consideração como possibilidade de implementação.

E1 – EG [...] muito difícil de propor uma fórmula, mas acho que é possível pelo menos aproximar [...]

E2 – EG [...] é uma possibilidade [...]

E3 – EG [...] confesso que não vejo outro a acrescentar [...]

E4 - [...] não me ocorrem agora outras sugestões [...]

Os enfermeiros gestores perante a proposta da fórmula concordaram unanimemente com os pressupostos ali apresentados, não sugerindo qualquer outra dimensão/variável a acrescentar à fórmula apresentada.

E1 – EPC [...] interessa os indicadores aquilo que é contratualizado [...]

E1 – EPC [...] em relação à taxa de prevalência eu acho que deveria ser por ACeS [...]

E1 – EPC [...] em acho que devia fazer cálculo para duas consultas aos diabéticos [...]

E2 – EPC [...] importa considerar as consultas realizadas no ano anterior [...]

E3 – EPC [...] o número de utentes por enfermeiro é sem dúvida um aspeto importante [...]

E3 – EPC [...] para mim também seria por ACeS [...]

E3 – EPC - [...] eu tenho feito à volta de 3 consulta [...]

E4 – EPC [...] taxa de prevalência a nível nacional [...]

E5 – EPC [...] eu acho que o número de utentes por enfermeiro será um aspeto importante, aqui quase todos temos valores diferentes [...]

E 5 EPC [...] tenho muita dificuldade em determinar um número de consultas necessárias [...]

E5 – EPC [...] [...] a taxa de prevalência por área geográfica seria interessante pensar nisso [...]

E5 – EPC [...] aos doentes diabéticos controlados eu faço duas consultas aos outros faço tantas quantas precisam [...]

E6 – EPC [...] eu penso o devíamos colocar a prevalência a nível nacional [...]

E7 – EPC [...] o número de utentes não representa tudo é preciso outras referencias [...]

E7 – EPC [...] ter 1800 utentes não é o mesmo que 1100 utentes [...] realmente tem pesos diferentes [...]

E7 – [...] a mim também me faz sentido que a taxa de prevalência deveria de ser regional [...] o número de utentes por enfermeiro [...]

E8 – EPC [...] muito importante considerar o número de utentes/famílias por enfermeiro [...] existe muita disparidade [...] então nos modelos B [...]

Na globalidade os enfermeiros da prática clínica anuíram com a proposta apresentada. Neste verificou-se uma divergência inicial no valor de referência da taxa de prevalência a atender, se deveria ser considerada a nível nacional ou a nível regional (por ACeS). Quanto ao número de consultas também se verificou alguma disparidade. Bem como quase todos os pressupostos apresentados, foram analisados numa perspetiva centrada na sua realidade da prática clínica, como seria natural, trouxeram para a discussão aquilo que os incomoda no seu dia de trabalho. Os EPC foram sugerindo um conjunto de variáveis, já incluídas na proposta ou mesmo aspetos mais centrados naquilo que é a sua prática.

E1 EAP [...] o regulamento da OE já definiu conjunto de parâmetros que importa considerá-los [...] estão aqui alguns refletidos [...]

E1 – OEA [...] concordo com o que foi dito aqui [...] no fundo vai de encontro ao que eu disse.

E2 – EAP [...] matematicamente é preciso um número [...] é necessária uma métrica e esses pressupostos ajudam a defini-la [...]

E2 – EAP [...] a Ordem fala em 30 minutos por a consulta de especialidade [...] o tempo de consulta tem peso [...]

E2 – EAP [...] uma matriz [...] que reflita qual é o valor acrescentado pelos cuidados de enfermagem [...]

E2- EAP – [...] a definição da população a prestar cuidados [...]

E2 – EAP – [...] é importante o tempo que necessitei [...]

E2 – EAP [...] o número de consultas [...]

E3 – EAP [...] estão muito bem pensados [...] eu concordo com todos [...]

E3 – EAP [...] os tempos de consultas [...] o tempo máximo e mínimo [...] como outras variáveis [...]

E3 – EAP [...] os inscritos nas unidades com diagnóstico ativo [...]

E3 – EAP [...] a fórmula também parece bem e consegue diferenciar [...] lá está a taxa de prevalência pode ser local ou regional ou nacional [...] a mim parece-me melhor local [...] mesmo que seja a nível do ACeS [...]

E3 – EAP [...] outra variável seria o número de consultas a realizar por cada utente [...]

E4 – EAP [...] o número de horas de cuidados [...]

E4 – EAP [...] estão muito bem definidos [...]

E4 – EAP [...] a taxa de prevalência parece-me muito bem pensada [...] ou o número de consultas realizadas no ano anterior parece-me interessante [...] a nível nacional [...]

E4 - EAP [...] temos que pensar no número de consultas [...] nas necessidades dos clientes [...]

E5 – EAP [...] concordo com os apresentados [...] de momento não me lembro de mais nenhum [...]

E5 – EAP [...] até penso que nem precisará de mais [...]

Os discursos dos enfermeiros que representam as associações de enfermagem, também validaram os pressupostos apresentados. Fazem reflexões sobre a importância de ir ao encontro das necessidades dos utentes. A tomada de posição dos enfermeiros representantes das associações revelou-se bastante consensual naquilo que foi a proposta apresentada.

Categoria 4 – Relevância e dimensões da matriz de dotação

A análise do esboço da matriz apresentada mereceu por parte dos EG as seguintes considerações

E1 EG [...] parece-me ajustada...não vejo que contributo mais possa acrescentar [...]

E2 EG [...] nem sei...não tinha pensado sobre essa questão [...] parece-me coerente [...]

E3 EG [...] vou concordar com o apresentado [...]

E4 EG [...] vou apenas dizer que me parece muito oportuno nas dimensões apresentadas [...]

Os enfermeiros gestores na generalizada anuíram ao esboço apresentado não sugerindo nenhuma outra dimensão apresentada.

E1 EPC [...] o que apresentas parece-me muito bem [...] mas os superiores melhor entenderam estas questões [...]

E2 EPC [...] sim, parece-me ajustado [...] penso que não serei a pessoa mais indicada nesta matéria...os chefes estarão mais dentro destes assuntos [...]

E3 EPC [...] acho bem, mas nunca refleti muito sobre essas dimensões [...] talvez que tem que fazer planeamento das equipas [...]

E4 EPC [...] fico pelas minhas competências [...] os superiores estarão mais habilitados [...]

E5 EPC [...] partilho o que tem sido dito [...] talvez os chefes devam pensar mais nessa questão [...]

E6 EPC [...] acho que o trabalho apresentado é excelente e fulcral [...] e penso que os superiores deveriam estar a par destes dados [...]

E7 EPC [...] pensar sobre estas questões parece-me importante [...] li sobre o assunto e considero ajustado [...] é um assunto a explorar com interesse pelos superiores [...]

E8 EPC [...] partilho na totalidade as opiniões dos colegas [...] não deixo de pensar também naquilo que é o trabalho dos chefes [...]

Os enfermeiros da prática clínica reconhecem que a dotação segura de enfermeiros tem uma importância enorme naquilo que é a segurança dos cuidados por eles prestados. Contudo, quando lhes é pedido um contributo para a definição das componentes de uma matriz que possa ser definidora da segurança dos cuidados remetem para as hierarquias de enfermagem, aquilo que é uma análise a esse tipo de responsabilidade. Quanto aos enfermeiros representantes das associações profissionais também se verificou uma anuência do que foi apresentado, não referindo nenhuma dimensão acrescentar.

E1 EAP [...] bem...isso efetivamente um assunto de interesse [...] as dimensões parecem-me ajustadas e vou ao encontro da literatura no conceito geral [...]

E2 EAP [...] a proposta parece-me interessante, vai além da métrica [...]

E3 EAP [...] não vejo nenhuma dimensão que possa acrescentar [...]

E4 EAP [...] confesso que nunca me debrucei muito sobre este assunto, mas parece-me muito ajustado [...]

E5 EAP [...] não acrescentaria nada [...]

Sistematização da proposta fórmula validada

Apresenta-se de forma sistematizada os contributos obtidos através dos GF para a construção da fórmula que permita o cálculo do peso da gestão da doença crónica na carga total do EF.

Os pressupostos definidos para a fórmula estão traduzidos na figura 13.

H – Número de horas de cuidados EF na gestão da DC

λ_v - Proporção de inscritos (%) com diagnóstico ativo por v área clínica; $v=7.8\% \rightarrow AC1$, $v=22.2\% \rightarrow AC2$, $v=1.2\% \rightarrow AC3$;

β_v - É o número de consultas de enfermagem por v área clínica: $v=3 \rightarrow AC1$, $v=2 \rightarrow AC2$, $v=10 \rightarrow AC3$;

V - Número de áreas clínicas

n_v - Número de consultas na área clínica v

r_v^i - É o tempo de consulta por área clínica v , $i=1$ n constante: $0,74 \rightarrow AC1$, $0,73 \rightarrow AC2$, $0,6 \rightarrow AC3$

P - É o número de utentes inscritos no ACeS

Figura 13 - Formula de cálculo do número de horas de cuidados para a gestão da doença crónica

$$H = \sum_{v=1}^V P \lambda_v \beta_v \frac{\sum_{i=1}^{n_v} r_v^i}{n_v}$$

Fonte: produção própria

Para a determinação do número de horas de cuidados do EF no atendimento à pessoa com doença crónica foi calculada a partir dos seguintes pressupostos: Proporção de utentes inscritos com diagnóstico ativo (DM, HTA, HIPO); o número de consultas de vigilância consideradas adequadas por área clínica. (foi aceite que para a vigilância da pessoa com DM - 3 consultas anuais, para a vigilância à pessoa com HTA - 2 consultas anuais e à pessoa em HIPO- 10 consultas anuais); tempo médio de consulta por área clínica (valor determinado pelo estudo realizado na etapa 2 da investigação: área clínica 1 – 44,4min, área clínica 2 – 43,8 min e área clínica 3 – 35,5min; horas assistenciais anuais por EF definido no Reg. n.º 743/2019 - 1276h/anuais a realizar 35horas/semanais; o número de utentes por EF.

Operacionalização dos pressupostos validados para o cálculo do peso da Gestão da Doença Crónica na Carga total de trabalho do Enfermeiro de Família

Considerando os pressupostos validados pelos grupos focais que permitem calcular a carga de trabalho do EF na gestão da doença crónica (AC4) que traduz o número de horas de cuidados do EF para a gestão da DC.

Na operacionalização prática dos pressupostos validados tomou-se como exemplo o ACeS em estudo na etapa 2 da investigação.

O ACeS é constituído por 12 CS com 38 unidades funcionais. Exercem funções nas respetivas unidades funcionais 208 médicos, 264 enfermeiros, 178 secretários clínicos, 164 outros profissionais de saúde e 52 médicos internos da especialidade. A população inscrita na área da influência do ACeS é de 248, 428 habitantes, a população jovem é 17,5% e a população idosa representa 42,66% do total da população, apresenta um índice de dependência total de 60,16%.

O ACeS possui 24 unidades funcionais do tipo USF/UCSP, nas quais exercem funções 160 médicos de medicina geral e familiar, 182 enfermeiros (de cuidados gerais e especializados) e 148 secretários clínicos.

Os sistemas de informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) permitiram identificar a proporção dos utentes inscritos em 2018, no ACeS com diagnóstico ativo de DM, tendo sido de 7,8%, a proporção de utentes inscritos com HTA foi de 22,2% e os utentes inscritos com doença cérebro cardiovascular medicados com TAO (*warfarina, sintron*, entre outros) que necessita de vigilância do INR foi de 1,2% (SIARS, 2019). Face a estes dados e perante os pressupostos definidos e validados, identificou-se o peso da gestão da doença crónica por EF/ano no respetivo ACeS.

Para o cálculo do peso da consulta à pessoa com DM (AC1) na carga total do EF considerou-se os seguintes pressupostos:

- População inscrita com diagnóstico ativo de DM – 7,8%
- N° de consultas preconizadas – 3
- Tempo médio de consulta – 44,4min = 0,74 h
- N° horas de enfermagem anuais - 1267
- N° utentes por enfermeiro (média) - 1365

Tem-se:

- Utesntes por enfermeiro em vigilância – $106 \times 3 = 319$ – consultas realizadas/ano
- Horas/ano de 1 enfermeiro = $319 \times 0,74 = 236$ h/ano

- Horas/ano de 1 enfermeiro = $(236/1267) = 18,6\%$ das horas totais/anuais

Verificou-se cada EF por ano de trabalho necessita de 236h/anuais para realizar as consultas de vigilância à pessoa com DM inscrito na sua lista de utentes. As 236h necessárias à vigilância da pessoa com DM representa, 18,6% das horas totais anuais que o EF dispõe para prestar cuidados aos utentes inscritos na sua lista.

Para o cálculo do peso da consulta à pessoa com HTA (AC2) na carga total do EF, consideram-se os mesmos pressupostos:

- Proporção de utentes inscritos com diagnóstico ativo de HTA – 22,2%
- Nº de consultas preconizadas em vigilância – 2
- Tempo de consulta – 43,8 min – 0,73h
- Utesentes por enfermeiro – 1365
- Nº horas de enfermagem anuais = 1267h

Tem-se

- Utesentes em vigilância em HTA por enfermeiro – $303 = 606$ consultas realizadas/ano
- Horas/ano de 1 enfermeiro = $606 * 0,73 = 442\text{h/ano}$
- Horas/ano de 1 enfermeiro = $442\text{h} / 1267\text{h} = 34,8\%$ das horas totais de cuidados.

Para a vigilância à pessoa com HTA o EF precisa de 442h/ano, sendo que representam 34,8% das horas de cuidados que o EF dispõe.

Para o cálculo do peso da consulta à pessoa em HIPO (AC3) seguiram-se os mesmos procedimentos:

- Proporção de utentes inscritos com prescrição de anticoagulantes oral – 1,2%
- Nº de consultas preconizadas em vigilância – 10
- Tempo de consulta – 35,5 min – 0,59 h
- Número de utentes por enfermeiro - 1365
- Nº horas de enfermagem anuais = 1267h

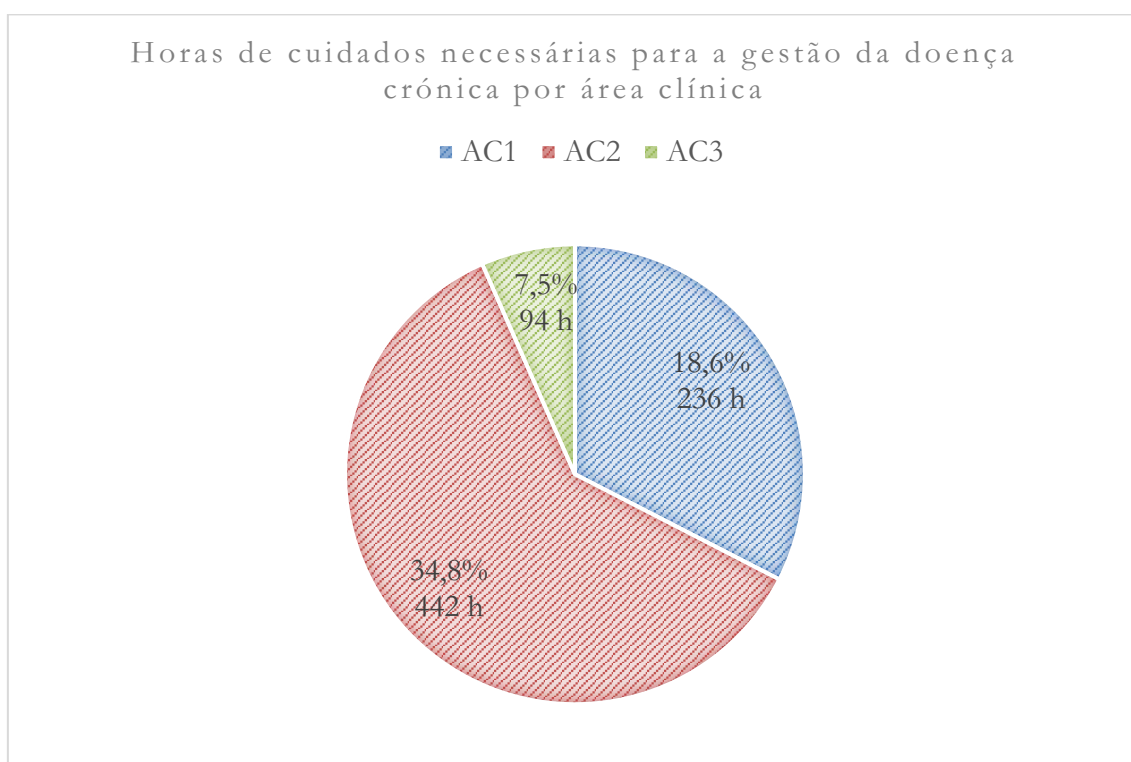
Tem-se

- Horas/ano de 1 enfermeiro = $160 * 0,59 = 94\text{ h/ano}$
- Horas/ano de 1 enfermeiro = $94\text{h} / 1267\text{h} = 7,5\%$ das horas totais de cuidados/ano

As horas de cuidados necessárias à vigilância da pessoa em HIPO é 94h/ano, sendo que representam 7,5% das horas anuais do EF.

A figura 14 mostra as áreas clínicas definidas como doença crónica nesta investigação. Sendo que AC1 representa a consulta à pessoa com DM. As horas de cuidados necessárias são 236h/ano representando 18,6% das horas totais anuais de um EF. A consulta de vigilância da pessoa com HTA (AC2), para a vigilância destes utentes são necessárias 442h/ano, correspondendo a 34,8% das horas totais anuais do EF. A consulta à pessoa em hipocoagulação é representada pela AC3 e para dar resposta às necessidades das pessoas em hipocoagulação são necessárias 94h/ anuais. A vigilância da pessoa em HIPO representa 7,5% das horas totais do EF.

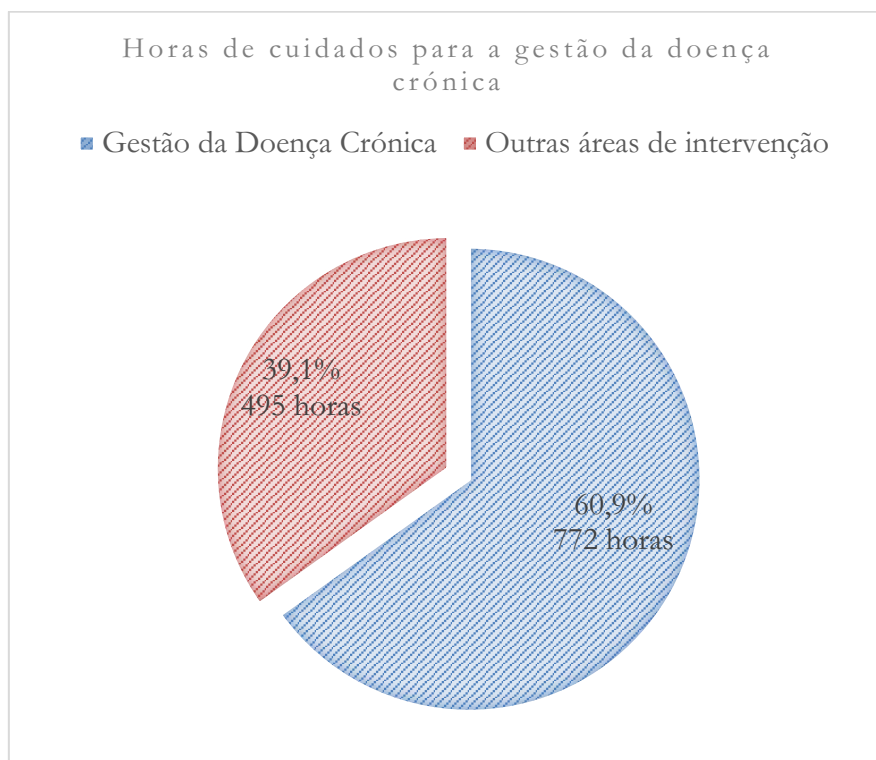
Figura 14 - Distribuição de horas de cuidado necessárias anualmente por enfermeiro por área clínica.



Fonte: produção própria

No contexto dos CSP, áreas de intervenção do EF vão além daquilo que é a vigilância da pessoa com DC, nomeadamente nas consultas à pessoa com diabetes, HTA e em HIPO. No entanto, as consultas de vigilância da DC são as mais realizadas nas USF e nas UCSP. De referir que outras áreas de intervenção estão definidas no PNS às quais os EF tem de dar resposta, entre elas estão o Programa Nacional de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (PNVSIJ); Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) e na continuidade de cuidados pela realização de tratamento de feridas, entre outros.

Figura 15 - Horas de cuidados necessárias para a gestão da doença crónica e peso na carga total de trabalho do enfermeiro de família



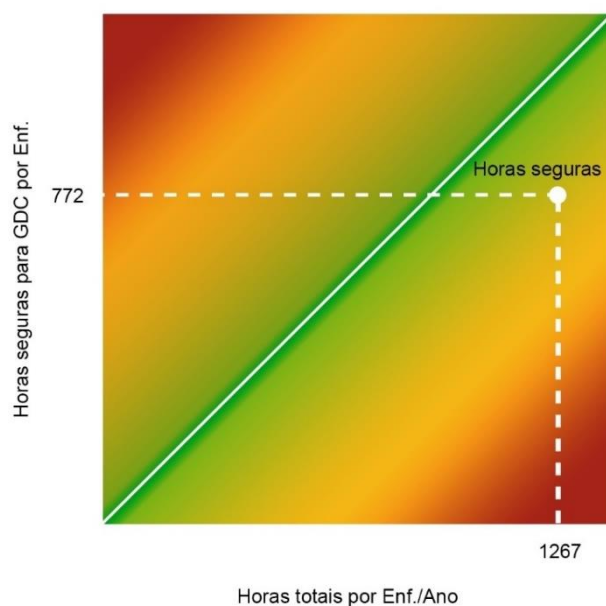
Fonte: produção própria

A figura 15 mostra o número de horas necessárias para a gestão da doença crónica e aquilo que representa no número total de horas anuais do EF. Considerando que a gestão da doença crónica foi ponderada a partir do número de horas de cuidados na consulta à pessoa com DM, HTA e em HIPO. Verifica-se que o EF para a gestão da DC com horas seguras necessita de 772 h/ anuais que correspondem a 60,9% das horas totais de cuidados anuais por enfermeiro de família, sendo que restam 495 horas anuais para a prestação de cuidados nas outras áreas de intervenção dos EF. A partir destes resultados definiu-se como horas seguras para a gestão da DC para o ACeS em estudo 772 horas anuais por EF.

Proposta da Matriz da Dotação Segura de Enfermeiros de Família para a Gestão da Doença Crónica

Apresenta-se a seguinte matriz que pretende identificar o número de horas seguras para a gestão da doença crónica por EF.

Figura 16 - Matriz de horas seguras para a gestão da doença crónica por EF/ano



Fonte: produção própria

A figura 16 representa uma matriz onde é exibida a linha de horas anuais consideradas seguras para a vigilância da pessoa com DC. No eixo da linha horizontal (abcissas) são apresentadas o número de horas que o enfermeiro trabalha anualmente correspondendo a um horário de 35h/semanais o que perfaz 1267 horas/anuais. A linha vertical (ordenadas) apresentam-se no mesmo intervalo o número de horas que o enfermeiro necessita para dar resposta às necessidades dos utentes portadores de DC.

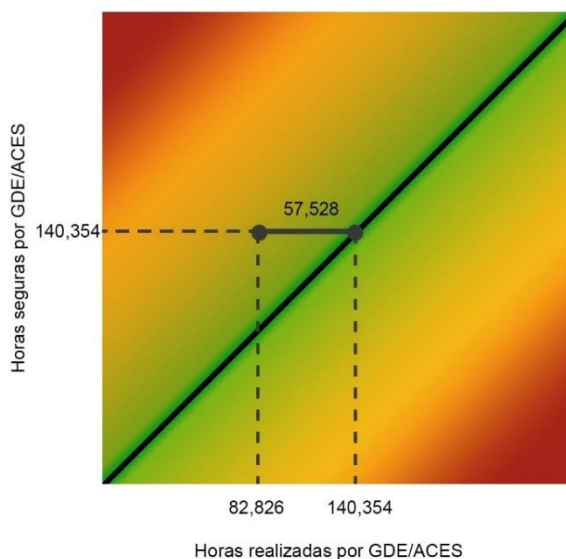
A matriz de dotação de horas seguras resulta da junção duas dimensões: o número de horas de cuidados por ano/enfermeiro; e o número de horas atribuídas para a gestão da doença crónica ao enfermeiro/ano. A matriz indica o número de horas que o enfermeiro necessita para o atendimento seguro, permitindo identificar o número de horas necessárias para a gestão da DC, que pode ser traduzida por número de enfermeiros. O número de horas torna-se tanto mais inseguras à medida que se afasta do valor considerado como seguro (772h/ano) tal como é verificado na figura 16.

Esta matriz a qual se designa por matriz de horas seguras, cada uma das dimensões é representada numa tabela de dois eixos. No primeiro eixo estão definidas as horas de cuidados do enfermeiro por ano. No outro eixo são colocadas as horas atribuídas aos enfermeiros para a gestão da DC. As horas podem ser quantificadas em: muito inseguras, inseguras, seguras; representadas na matriz pelas cores vermelha, laranja e verde respetivamente. Assim, propõe-se que a leitura da matriz se considere que à medida que o número de horas se afasta das 772h (verde) as horas disponíveis vão gradualmente tornando-se menos seguras (laranja) passando a horas inseguras (vermelho), isto implica que á medida que se afasta das 772h/anuais para limites inferiores os cuidados de enfermagem tornam-se tendencialmente mais inseguros. No entanto, pode-se ainda fazer outra análise, embora que muito pouco provável de acontecer face à escassez de profissionais de enfermagem, á medida que as horas se afastam do valor considerado seguro para limites superiores as organizações de saúde investem recursos financeiros que podem não ser traduzidos em ganhos em saúde.

Operacionalização do cálculo de horas seguras para a equipa de enfermagem por ACeS

Tendo por referência o ACeS em estudo calculou-se as horas necessárias para a gestão da DC. Foram tidos em consideração os seguintes pressupostos: número de enfermeiros em exercício nas unidades funcionais USF e UCSP 182 EF; o número de utentes inscritos na área de abrangência do ACeS (12 CS), 248428 utentes inscritos; a proporção de utentes inscritos com diagnóstico ativo (AC1 - 7,8%; AC2 - 22,2% e AC3 - 1,2%); o número de consultas realizadas à pessoa com doença crónica no ano 2018 e tempo médio de consulta. Obteve-se a necessidade de 140.354h/ano, no entanto foram realizadas 82.826h/anuais verificando-se um saldo negativo de 57.528h/anuais, tal como é visível pela figura 17.

Figura 17 - Matriz de horas seguras para a gestão da doença crónica por ACeS



Fonte: produção própria

Pode-se constar através da figura 16 um saldo negativo de horas -57,528h/anuais para que o cuidado EF à pessoa com DC possa ser considerado como seguro.

Para alcançar o número de horas seguras, por sua vez traduzida em dotação (rácio de profissionais de enfermagem) devem se considerar as seguintes condições:

- Aumentar o número de horas assistenciais dos EF do ACeS dedicadas à gestão da doença crónica de 36% para 60% das suas horas assistenciais, implicando a diminuição da realização de consultas de vigilância no âmbito dos restantes programas de saúde;

- Contratar 45 EF em horário completo de 35h/semanais com dedicação exclusiva à gestão da doença crónica;
- Contratar 126 EF para dar resposta às atividades preconizadas consignadas no Decreto-Lei n.º. 118/2014. Considerando que 36% do seu tempo total de trabalho dedicados à GDC, representaria a contratação de 126 enfermeiros para alcançar o n.º de horas seguras à gestão da doença crónica.

A determinação do tempo despendido para realizar os cuidados de forma atender às necessidades dos utentes é uma tarefa complexa, porém essencial para definir o dimensionamento das equipas de saúde (Pereira, 2017). A medida das horas de enfermagem por utente por dia de trabalho têm sido muito utilizado para justificar e negociar o número e a composição das equipas de enfermagem na tentativa de assegurar a qualidade dos cuidados (Pereira, 2017). O tempo médio da prestação de cuidados, representado pela identificação da carga de trabalho, é a principal variável dos métodos de dimensionamento dos profissionais de enfermagem.

A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade de cuidados para a população alvo e para as organizações. Para garantir a segurança e qualidade, devem ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados (Griffiths et al., 2020). O dimensionamento da equipa de enfermagem deve procurar um equilíbrio entre o que está disponível em termos de profissionais, e o que realmente é necessário para prestar cuidados seguros, efetivos e de qualidade. Um bom dimensionamento da equipa requer, entre outros, uma boa evidência, das cargas de trabalho dos enfermeiros. Esta possibilita o desenvolvimento de estratégias conducentes à melhoria das condições de trabalho, fornecendo uma perspectiva, a nível da gestão, que permite potenciar tempo gasto nas atividade de enfermagem para dar resposta às reais necessidades dos clientes.

CAPÍTULO 4 - CONCLUSÕES

Os CSP são considerados como a principal via de acesso aos cuidados de saúde. Nesta visão, cabe aos CS através das suas unidades funcionais dar respostas às necessidades de saúde à população que assistem. Os cuidados de enfermagem em CSP, nomeadamente os EF têm uma ampla abrangência, e o enfermeiro independentemente do tipo de cuidados que preste (gerais ou especializados) precisa de deter um conjunto de habilidades, competências e condições de trabalho, para que possa prestar cuidados efetivos, seguros e de qualidade. Tendo em consideração esta amplitude de atuação do enfermeiro em CSP, importou trazer a relevo as áreas de intervenção do mesmo, nomeadamente em que consiste a sua intervenção e a sua configuração pelas áreas de atenção de enfermagem. A gestão da doença crónica é efetivamente uma dimensão de relevância na prestação de cuidados de enfermagem em CSP, em particular nas unidades funcionais USF/UCSP. E, tenderá a aumentar considerando a população envelhecida, com doença crónica e multimorbilidade e com uma tendência cada vez de maior na procura de cuidados de saúde.

A investigação realizada teve por finalidade obter contributos para a definição de uma matriz de referência para a dotação segura de EF na gestão da doença crónica a partir da mensuração da carga de trabalho. Neste propósito projetou-se um desenho da investigação que consistiu em três etapas designadas por: bases, edificação e consolidação da investigação.

Na primeira etapa da investigação construiu-se um instrumento designado por: Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família – IACTENFF. Este instrumento é constituído por cinco dimensões da prestação de cuidados dos EF : Gestão da Doença Crónica (GDC); Gestão da Saúde (GS); Gestão da Doença Infeciosa (GDI); Continuidade de Cuidados (CC) e Cuidados Interdependentes (CI), com o qual se pretende patentear as intervenções e a carga de trabalho do EF em CSP, em particular nas unidades funcionais USF/UCSP.

No âmbito desta investigação validou-se e verificou-se a aplicabilidade prática da dimensão IACTENFF- Gestão da Doença Crónica (GDC) que se constitui pelas grelhas IACTENFF-CE-DIA; IACTENFF-CE-HTA; IACTENFF-CE-HIPO. Pretendeu-se criar um instrumento que permitisse mensurar a carga de trabalho dos EF, de forma a equacionar o seu dimensionamento nas USF e UCSP, para garantir a prestação de cuidados de enfermagem, seguros e de elevada qualidade. Assim, esperasse que o instrumento possa no futuro produzir dados que venham a contribuir para o desenvolvimento de prestação de

cuidados de enfermagem cada vez mais sustentada nas reais necessidades das pessoas, contribuindo assim para a promoção da saúde, prevenção de complicações e melhor a qualidade de vida da população/comunidade.

Com o estudo que objetivou verificar a aplicabilidade prática do instrumento verificou-se que mais de 90% das intervenções realizadas pelos EF na consulta à pessoa com doença crónica constam nas respetivas grelhas que o constituem e simultaneamente, permite mensurar a carga de trabalho a ela associada.

A segunda etapa da investigação consistiu na realização de um estudo com o objetivo de identificar as intervenções realizadas pelo EF na consulta de vigilância à pessoa com doença crónica e determinar a consequente carga de trabalho. O estudo foi desenvolvido num ACeS da região norte do país, no qual se conseguiu uma representatividade de toda a área de influência do mesmo, contando com a participação de EF dos doze CS que o constituem. Foram realizadas 509 consultas a pessoas com doença crónica, nas três áreas clínicas em estudo: respetivamente 242 consultas à pessoa com DM, 187 à pessoa com HTA e 80 consultas a pessoas em HIPO.

Os EF que participaram no estudo são maioritariamente do sexo feminino, com vínculos de trabalho em funções públicas, com mais de quinze anos de prática em CSP.

O estudo permitiu verificar que os EF realizam a consulta implementando o processo de enfermagem. Apurou-se que os EF realizam intervenções de domínio assistencial (cuidado direto) e não assistencial (cuidado indireto). As intervenções prescritas e aplicadas no domínio assistencial foram do tipo: avaliar, monitorizar, ensinar, treinar, incentivar, promover, elaborar, entre outras. As intervenções de domínio não assistencial foram: o acolhimento, os procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e a documentação de cuidados. As intervenções mais preditoras da carga total de trabalho dos EF são as intervenções do tipo avaliar, ensinar, monitorizar. O estudo revelou um padrão nas intervenções que o EF realiza no âmbito da consulta à pessoa nas três áreas clínicas em estudo. Em que a avaliação, a determinação de parâmetros físicos e fisiológicos e educação para a saúde são as principais intervenções que caracterizam os cuidados assistenciais à pessoa com doença crónica em vigilância em CSP. As intervenções de carácter não assistencial também desempenham um ónus considerável para a carga de trabalho do EF, sendo concretizadas pelo acolhimento, procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e documentação de cuidados.

O estudo veio mostrar uma população envelhecida, com DC e multimorbilidade. Esta condição vem exigir uma resposta efetiva dos CSP como o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde e ao sistema de saúde. Paralelamente, a crescente complexificação das necessidades de cuidados de saúde, leva a que seja importante refletir sobre a formação específica e o acompanhamento especializado dos prestadores de cuidados, em particular dos enfermeiros de família

Determinou-se o tempo de consulta para cada área clínica. Sendo que na consulta à pessoa com DM foi estimado em 44,4 minutos, na consulta à pessoa com HTA em 43,8 minutos e na consulta à pessoa em HIPO foi de 35,5 minutos respetivamente.

Foram gerados modelos de previsão do cálculo da carga de trabalho para cada área clínica em estudo. Os modelos de previsão estimam a carga de trabalho baseado nas intervenções realizadas pelos EF no âmbito da consulta de vigilância à pessoa com DC nos domínios assistenciais e não assistenciais.

Determinou-se a carga de trabalho EF na gestão da doença crónica a partir do tempo médio de consulta por área clínica. Estes resultados traduzem-se por padrões médios de tempo de consulta que poderão subsidiar o planeamento da força de trabalho dos EF para a constituição das equipas de enfermagem nas USF e UCSP, proporcionando discussões e reflexões sobre a atual política de planeamento dos EF.

Verificou-se que a carga de trabalho dos EF apresenta uma distribuição equitativa nas respetivas unidades funcionais do ACeS. Determinou-se que a carga de trabalho do EF pelas áreas clínicas (AC1, AC2 e AC3) mantém-se equitativa independentemente da proporção dos utentes inscritos com diagnóstico ativo de DM, HTA, HIPO.

Na última etapa da investigação, também designada por etapa de consolidação, validou-se uma fórmula que permitiu determinar o número de horas seguras por enfermeiro de família para a gestão da doença crónica. O valor de horas seguras foi determinado pelos pressupostos validados pelos GF e foi calculado em 772h/anuais. A partir deste valor de referência desenvolveu-se uma matriz de horas seguras para o ACeS, na qual se constata um défice de horas. Para a otimização da matriz de horas seguras apresentam-se três condições que fundamentalmente se centram na necessidade da contratação de profissionais de enfermagem.

A definição de valores de referência pode apresentar-se como um instrumento de planeamento, simultaneamente preventivo e proativo, pois poderá evitar a prestação de

cuidados inseguros, com as conhecidas implicações para as pessoas/famílias, profissionais e organizações. Proativo na medida em que gestão, controlo e manutenção da saúde das pessoas com DC com níveis de pessoal adequado e em tempo útil evitará à postereori as complexidade do tratamento da DC com impacte a nível pessoal, social e económico.

O estudo realizado pretendeu identificar as intervenções realizadas pelos Enfermeiros de Família à pessoa com doença crónica e determinar a carga de trabalho associada. Trata-se de um estudo pioneiro na medida em que produziu conhecimento sobre as intervenções e dimensões dos cuidados que os EF realizam na consulta à pessoa com DM, HTA, em HIPO em CSP e a conseqüente carga de trabalho traduzida pelo tempo necessário para a concretização das intervenções realizadas durante a consulta.

Tendo em consideração as condições apresentadas na delimitação da matriz de dotação de horas seguras para a GDC, considera-se urgente refletir sobre o modelo de cuidados assistencial implementado nos CSP. Ponderar a implementação de um modelo de cuidados centrados na pessoa/família assume-se como uma possibilidade, no sentido de uma maior eficiência dos cuidados. A implementação do modelo centrado na pessoa/família como modelo de prestação de cuidados, exigirá que os profissionais de saúde (não só enfermeiros) renunciem às formas tradicionais de pensar e de se comportar onde se vêem como os principais tomadores de decisão e em vez de isso optarem por um modelo de parceria no qual o utente/família desempenham um papel ativo na determinação das suas necessidades em cuidados de saúde.

No planeamento dos cuidados personalizados, o EF vê a família como cliente dos cuidados, e nesta perspetiva deverá trabalhar com o utente/família com recurso a uma metodologia colaborativa e partilhada. A tomada de decisão partilhada na definição de metas, identificação de necessidades e implementar planos de ação e a monitorização do progresso será um aspeto central no trabalho do EF. Este será um processo contínuo, e não um evento único e poderá ser atingido através da consulta da vigilância de saúde da pessoa com doença crónica, quando implementada de forma efetiva e sistematizada.

A matriz proposta poderá servir de base aos gestores para a determinação das equipas de enfermeiros de família. De forma, a que o dimensionamento adequado da equipa de enfermagem possa criar condições para que a carga de trabalho seja otimizada. Considerando que tal como, tem sido demonstrado, o subdimensionamento da equipa aumenta a carga de trabalho, potencializa impactes em todas as dimensões associadas à prestação de cuidados, manifestando-se na qualidade dos cuidados, na segurança dos utentes e dos profissionais.

A matriz apresentada poderá constituir-se como ponto de referência daquilo que são horas seguras para a gestão da doença crónica em CSP, poderá servir como instrumento aos enfermeiros dos conselhos técnicos das USF/UCSP na distribuição das horas assistenciais de enfermagem por programa de saúde. Poderá, também, servir de ferramenta de trabalho aos enfermeiros gestores para a otimização das respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem por unidade funcional dos ACeS contribuindo para o planeamento em saúde.

Como sugestão para futuros estudos considera-se importante melhorar o instrumento de avaliação da carga de trabalho, nomeadamente as grelhas que o constituem, para permitir a identificação pormenorizada das intervenções realizadas pelos EF, no sentido de se poder discutir com maior segurança as componentes da carga de trabalho que delas derivam.

Realizar o mesmo tipo de investigação, nas diferentes áreas de abrangência do EF, nomeadamente nas dimensões do IACTENFF – Gestão da Saúde (GS) e na Continuidade de Cuidados (CC) o que poderá permitir um conhecimento mais preciso do trabalho do EF.

Considera-se a expansão do estudo a outros ACeS, utilizando o mesmo instrumento e método de recolha de dados para a comparação de resultados. Outra possibilidade que parece revestir-se de algum interesse será a realização do estudo optando por outros métodos de recolha de dados, na medida que se optou pelo método de autorrelato, nomeadamente através do método de tempo e movimento ou medidas diretas de tempo, já que apresentam maior fiabilidade dos resultados.

Sugere-se, a análise mais aprofundada do modelo assistencial adotado pelos EF. E clarificar e explorar as influências das intervenções do domínio não assistencial.

A mensuração da carga de trabalho dos enfermeiros pode contribuir para uma gestão eficiente e efetiva das unidades de saúde, assim se assume a justificação da importância desta investigação. No entanto, não se deixa de ter em consideração que o tempo de consulta é um atributo controverso. Envolve aspetos sociais, técnicos, organizacionais e pessoais, e nenhum deles por si só, define a temporalidade necessária. É preciso ter consciência da necessidade de uma ordem para respeitar tempos e espaços, para manter o tempo do sistema e o tempo de cada profissional e os seus respetivos privilégios e limites. Julga-se necessário definir as atribuições da consulta do EF e as tarefas correlativas ao tempo dedicado de acordo com os objetivos de cada consulta.

O perfil de competências específicas do EEESF poderá facilitar a formulação de respostas adequadas aos processos globais inerentes à família como unidade de cuidados. Os EEFSF poderão fortalecer os processos de tomada de decisão como cogestor e coorganizador de recursos que potenciem as capacidades da família para gerir o seu funcionamento face à situação de doença crónica dos seus membros.

Realizar estudos que possam testar a aplicabilidade prática do dimensionamento dos EF para a gestão da DC a partir da definição da matriz de horas seguras proposta neste estudo.

A investigação apresenta limitações que importa referir e refletir.

Uma das limitações prende-se com o instrumento de colheita de dados para a avaliação das intervenções e carga de trabalho do EF. Os instrumentos de medida desempenham um importante papel na investigação, e o instrumento utilizado, foi usado pela primeira vez no âmbito desta investigação o que não permite fazer qualquer tipo de comparação dos resultados.

As amostras consideradas no estudo, no que se reporta aos Enfermeiros de Família ou aos seus clientes (pessoa com DC) traduzidas no número de consultas realizadas, apesar de considerável, pode tornar-se limitada para que se possam fazer generalizações.

O estudo pretendeu avaliar as intervenções dos EF em unidades de prestação de saúde constituídas em USF e UCSP, o que limita a generalização para outras tipologias de prestação de cuidados de enfermagem, nem mesmo, a nível das regiões autónomas, isto porque, não apresentam esta configuração de prestação de cuidados.

A localização geográfica da concretização do estudo pode também trazer algumas limitações, dado ter sido realizado numa região litoral norte do país, em que acessibilidade aos CSP é privilegiada na medida em que não existem utentes sem enfermeiro de família a não ser por opção do utente, realidade não verificada em todo o país. Apesar das características sociodemográficas dos portugueses não sofrerem variações significativas, a localização geográfica onde o estudo foi realizado poderá trazer algumas condicionantes, dado a população residente apresentar índice de dependência na ordem dos 60%.

O estudo foi realizado com pessoas portadoras de DC que efetuam consulta regular de vigilância da sua condição de saúde com o EF. Portanto, a amostra foi retirada a partir de utentes com consulta programada. Esta condição pode influenciar os resultados, na medida em que estes utentes já têm vindo a fazer consulta com regularidade com EF, o que pode ter afetado a identificação das intervenções realizadas e os tempos associados à sua realização.

A fórmula definida para a determinação das horas de cuidados seguras para a gestão de DC, pode apresentar fragilidades, uma vez que foi criada no âmbito desta investigação e não foi testada na prática.

Procurou-se com esta investigação trazer à discussão a segurança e a qualidade dos cuidados em Cuidados de Saúde Primários, tema que tem sido colocado na agenda de muitos países da Europa, e um pouco por todo o mundo, e Portugal não é exceção. Desta forma procurou-se trazer para destaque aspetos relacionados com a segurança do utente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados.

Nesta investigação procurou-se obter conhecimento que possibilite a implementação de medidas que visem diminuir os riscos na prestação de cuidados de saúde pelos EF e consequentemente potenciar a segurança do utente. E, simultaneamente com base na transferência do conhecimento produzido, implementar e monitorizar ações de melhoria e apoiar a tomada de decisão, a nível local, regional ou mesmo a nível nacional.

Apesar da evidência sobre a segurança do utente em CSP ser ainda muito incipiente está, contudo, a contribuir para a compreensão das múltiplas formas em que os cuidados podem ser comprometidos. Neste sentido procurou-se dar um contributo para a compreensão de que forma a carga de trabalho dos EF no âmbito da vigilância da pessoa com doença crónica, em contexto de USF/UCSP pode ser considerada como comprometedora da segurança dos cuidados. Determinar uma matriz que permitisse identificar a partir da qual as horas de enfermagem são seguras ou inseguras para a prestação de cuidados, pode também ajudar nessa compreensão.

Não obstante às limitações da investigação considera-se que o trabalho realizado poderá fornecer contributos válidos para o avanço do conhecimento, na melhoria da gestão de unidades de saúde e serviços de enfermagem e contribuir para a produção de melhor conhecimento para o dimensionamento das equipas de enfermagem em USF/UCSP.

Pretendeu-se com a realização desta investigação obter contributos para a reflexão que permita as organizações de saúde irem ao encontro da ideia central do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 da DGS – Profissionais seguros, doentes seguros!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2017). *Otimizar registos gerar eficiência. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017*. ACSS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf
- Administração Central dos Serviços de Saúde, IP [ACSS], (2022). *Otimizar recursos, gerir eficiência*. <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPreStSa%C3%BAde/Gest%C3%A3odaDoen%C3%A7a/tabid/411/language/en-US/Default.aspx>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Aiken, L.H., & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200005000-00006>
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290(12), 1617-1623. <https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M, Busse, R., Koen, Mckee, M., et al., (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectorial surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L.H., Slone, D.M., Brunyneel, M.S., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M. Lesaffre, E. McHugh, M. D, Moreno-Casbas, M.T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Achterberg, T. & Semeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 24, 383 (9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alghamdi, M.G. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24, 449–457. <https://doi.org/10.1111/jonm.12354>
- Allegrante, J.P., Wells, M.T., & Peterson, J.C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health*, 1(40), 127-146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>

- Alvim, A.L.S., Reis, L.C., Couto, B. R.G.M., Starling, C.E. F., & Vaz, R. (2019). Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 9(1). <https://doi.org/10.17058/reci.v9i1.11605>
- American Diabetes Association (2009). Diagnosis and classification of Diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 32 (S1), 62-67. <https://dx.doi.org/10.2337/2Fdc09-S062>
- American Diabetes Association (2018). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. *Diabetes Care*, 41(sup.), S13-S27. <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>
- American Nurses Association (2019). *Principles for Nurse Staff*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-staffing/staffing-principles/>
- Ammi, M., Ambrose, S., Hogg, B., Wong, S. (2017). The influence of registered nurses and nurse practitioners on patient experience with primary care: results from the Canadian QUALICO-PC Study. *Health Policy*, 121(12), 1215-1224. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.019>
- Antinaho, T., Kivinen, T., Turunen, H. & Partanen, P. (2017). Improving the quality of registered nurses' working time use data. *J Clin Nurs*, 26, 3031-3043. <https://doi.org/10.1111/jocn.13650>
- Azami, G., Soh, K.L., Sazlina, S.G., Salmiah, M.S., Aazami, S., Mozafari, M., & Taghinejad, H. (2018). Effect of a Nurse-Led Diabetes Self-Management Education Program on Glycosylated Hemoglobin among Adults with Type 2 Diabetes. *J Diabetes Res*, 8, 4930157. <https://doi.org/10.1155/2018/4930157>
- Baraz, S., Zarea, K., & Shahbazian, H. B. (2017). Impact of the self-care education program on quality of life in patients with type II diabetes. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11, S1065–S1068. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.043>
- Barceló, A., Luciani, S., Aguro, I., Ordunez, P., Tasc, R., & Sued, O. (2012). Melhoria dos cuidados crônicos por meio de redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-improving-chronic-ill-2012-port.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edição revista e atualizada. Edições 70.
- Barr, V.J., Robinsin, S., Mari-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivares, A. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and chronic care model. *Hospitala Quaterly*, 71(1), 73-82. <https://www.area-c54.it/public/the%20expanded%20chronic%20care%20model.pdf>
- Barratt, J., & Thomas, N. (2018b). Nurse practitioner consultations in primary health care: a case study-based survey of patients' pre-consultation expectations, and post-consultation satisfaction and enablement. *Primary health care research & development*, 20, e36. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000415>

- Barratt, J., Thomas, N. (2018a). Nurse practitioner consultations in primary health care: patient, career, and nurse practitioner qualitative interpretations of communication processes. *Prim Health Care Res Dev.*, 31, 20-e42. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000798>
- Bento, R.C.S.G. (2016). *Avaliação do impacto da intervenção planeada de enfermagem em pessoas com hipertensão arterial*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Portugal. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=151576&code=3e884624d95bc3cd2df458667f23445a1f5da8ec>
- Bernardino, E. (2018). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 22(1), 67–79. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i1.10211>
- Biscaia, A.R., & Heleno L.C.V. (2017). A reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência. Saúde Coletiva*, 22(3), 701-711 <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bjerkkan, J., Valderaune, V., & Olsen, R.M. (2021). Patient safety through nursing documentation: barriers identified by health care professionals and students. *Frontiers in Computer Science*, 3. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.624555>
- Blach, C. M., Shanafelt, T. D., Dyrbye, L., Sloan, J.A., Russel, T., Bechamps, G. J., & Freischlag, J.A. (2010). Surgeon Distress as Calibrated by Hours Worked and Nights on Call. *Journal of the American College of Surgeons*, 211(5), 609-619. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2010.06.393>
- Bonfim, D. (2014). *Planejamento da força de trabalho de enfermagem na estratégia de saúde da família: indicadores de carga de trabalho*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, Brasil. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-16092014-105517/pt-br.php>
- Bonfim, D., Pereira, M. J. B., Pierantoni, C.R., Haddad, A. E. & Gaidzinski, R. R. (2015). Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP*, 49 (2), 25-34. www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0025.pdf
- Borel, M. C. G., Lopes, R. O. P., Thofehrn, M. B., Nóbrega, M. M. L. da, Arreguy-Sena, C., & Brandão, M. A. G. (2021). Diretriz para incorporação do método Delphi na avaliação de teorias de enfermagem. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 29, e3387. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4157.3387>
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde*, 2, 5- 12. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/101321/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202001%20-%20vol%20tematico2a01%20-%20p5-12.pdf>

- Cabellos-García, A. C., Martínez-Sabater, A., Castro-Sánchez, E., Kangasniemi, M., Juárez-Vela, R., & Gea-Caballero, V. (2018). Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review. *BMC public health*, 18(1), 1157. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6070-9>
- Campos, M.S., Oliveira, B.A., & Perroca, M.G. (2018). Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. *Rev Bras Enferm*, 71(2), 297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0561>
- Canadian Nurses Association (2015). *Evidence-base safe nurse staffing toolkit*. Canadian Nurses Association, Canadian Federation of nurses Unions. <https://www.cna-aaic.ca/en/nursing-practice/tools-for-practice/safe-staffing-toolkit>.
- Care Continuum Alliance (2021). *Definition of Disease Management*. http://www.carecontinuum.org/dm_definition.asp
- Carvalho, D.P., Rocha, L. P., Barlem, J.G.T., Dias, J.S., & Schallenberger, C.D. (2017). Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. Revisão integrativa. *Cogitare Enferm*, 22(1), 01-11. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569>
- Carvalho, J. N. (2017). Epidemiologia da multimorbilidade na população brasileira. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade do Rio Grande do Norte. Brasil. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23760>
- Carvalho, M. M. de, & Paladini, E. P. (2012). *Gestão da qualidade: teoria e casos*. Elsevier.
- Cavalcante, A., K.C.B, Rocha, R., C., Nogueira, L.T., Avelino, F.V.S.D., & Rocha, S.S. (2015). Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021). *About Chronic Conditions*. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Cherly, R. Himmelfarb, D., Connodore-mensah, Y., & Hill, M.N. (2016). EXpanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global Health*, 82(2), 243-253. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
- Chetoui, A., Kaoutar, K., Elmoussaoui, S., Boutahar, K., Kardoudi, A., Chigr, F., & Najimi, M. (2020). Prevalence and determinants of poor glycaemic control: a cross-sectional study among Moroccan type 2 diabetes patients. *International Health*, (0)0, 1-8. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz107>
- Choi, S.P., Cheung, K., & Pang, S.M. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *J Nurs Manag*, 21(3), 429-39. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01415.x>
- College of Nurses of Ontario (2019). *Therapeutic Nurse-Client Relationship*, Revised 2006. College of Nurses of Ontario. https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf

- Coluci, M., Z. O., Alexandre, M.C., & Malani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência. saúde coletiva* 20 (3), 925- 936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
- Conishi, R.M.Y., & Gaidzeinski, R.R. (2007). Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir a carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. *Revista Esc. Enferm USP*, 41(3), 346-354. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300002>
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2006). *Dotações seguras salvam vidas*. International Council of Nurses. Genebra. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. International Council of Nurses. Genebra. Suíça. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica* International Council of Nurses. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017) Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *Br J Nurs.*, 9, 26(3), 172-176. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. https://www.researchgate.net/publication/321706255_Enfermagem_Os_enfermeiros_em_cuidados_de_saude_primarios
- Costa, A., Pastor, F., Silva, N., & Ferraz, F. (2019). Relação entre os dados antropométricos e o controlo glicémico nos diabéticos. *Medicina Interna*, 268(1), 21-27. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/80/1/2019>
- Costa, P.C.P., Garcia, A.P.R.F, & Toledo, V.P. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), e4550015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>
- Daly, B., Arroll, B., Kenealy, T., Sheridan, N., & Scragg, R. (2015). Management of diabetes by primary health care nurses in Auckland, New Zealand. *Journal of Primary Health Care*, 7(1), 42-49. <https://pdfs.semanticscholar.org/fa99/cb1b38f965320b0435c9d64eccb281bf00bf.pdf>
- De Marinis, M.G., Piredda, M., Pascarella, M.C., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglino, D., Alvaro, R., & Matarese, M. (2010). 'If it is not recorded, it has not been done!?' Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *J Clin Nurs.*, 19(11-12), 1544-52. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x>

- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro de 1993, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I- A, n.º 12 (1993). <https://files.dre.pt/1s/1993/01/012a00/01290134.pdf>
- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I n.º 149 (2014). <https://dre.pt/application/file/a/55078714>
- Decreto-Lei n.º 12/2009, de 12 de janeiro, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I n.º 7 (2009). <https://files.dre.pt/1s/2009/01/00700/0023100231.pdf>
- Decreto-Lei n.º 157/1999, de 10 de maio, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I – A, n.º 108 (1999). <https://files.dre.pt/1s/1999/05/108a00/24242435.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I n.º 38 (2008) <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I, n.º 161 (2007). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/640665/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 10 de maio, Ministério da Saúde e Assistência. Diário do Governo: Série I n.º 228. (1971). <https://files.dre.pt/1s/1971/09/22800/14061434.pdf>
- Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I – A n.º 77 (2003). <https://files.dre.pt/1s/2003/04/077a00/21182127.pdf>
- Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio, Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: Série I n.º 101/2019 (2019). <https://dre.pt/application/conteudo/122403266>
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, Ministério da Saúde. Diário da República: Série I n.º 118 (2017). <https://dre.pt/application/file/a/107542705>
- Delamaire, M-L., & Lafortune, G. (2010). Nurses in Advanced Roles: A description and Evaluatopn of Experiencies im 12 devolped countries. *OEDC Health Working paper*, 54. <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- Delany, L. J. (2018). Patient-centred care as approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.005>
- Demir, N., Yucelen, S. Y., Cetin, E. G., Kalkan, K. E., Ozturkmen, Y. A., Demir, E., Calim, A., Borlu, F., Altuntas, Y., & Basat, S. (2020). Determining INR Awareness of the Patients who Use Warfarin and Rates of Achieving the Target Dosage. *Sisli Etfal Hastanesi tip bulteni*, 54(3), 357–363. <https://doi.org/10.14744/SEMB.2019.76993>
- Despacho n.º 24101/2007 de 22 de outubro. Ministério da Saúde. Diário da República:Série II, nº 203 (2007). <https://files.dre.pt/2s/2007/10/203000000/3041930419.pdf>
- Despacho n.º 4027-A/2016 de 18 de março, Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: Série I n.º 55 (2016). <https://files.dre.pt/2s/2016/03/055000001/0000200002.pdf>

- Despacho n.º 9390/2021 da Saúde – Gabinete do secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Diário da República: Série II n.º 187 (2021). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho Normativo n.º 97/83. Ministério dos Assuntos Sociais – Secretaria de Estado da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado. Diário da República: Série I n.º 93 (1983). <https://files.dre.pt/1s/1983/04/09300/14391453.pdf>
- Dickson, K.L., Cramer, A.M., Peckham, C.M. (2010). Nursing workload measurement in ambulatory care. *Nurs Econ.*, 28(1), 37-43. https://www.researchgate.net/publication/42387905_Nursing_wokload_measurement_in_ambulatory_care
- Direção-Geral da Saúde (1998). *Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética*. Circular normativa n.º 7/DGCG. Lisboa: DGS. Diagnóstico Sistemático e Tratamento da Retinopatia Diabética. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/circular-normativa-n-07dgcg-de-04111998-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Tratamento da Tuberculose. Linhas orientadoras para programas de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tratamento-da-tuberculose--linhas-orientadoras-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-Diabetes-2008.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Circular normativa n.º 013/DQS/ DSD de 14/06/2010. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-de-14062010.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Diagnóstico sistemático do pé diabético*. Circular normativa n.º 005/2011. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-VIH-SIDA-2012-2016.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/conheca-o-pnpas>
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-Doencas-Respiratorias-2012-2016.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Orientação para a prevenção da infeção na ferida crónica*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i019683.pdf>

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Programa-Nacional-Saude-Infantil-Juvenil-2013.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-para-a-Preven%C3%A7%C3%A3o-e-Controlo-do-Tabagismo-2012-2016.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco*. Direção-Geral da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/01/Programa-Nacional-Vigilancia-Gravidez-Baixo-Risco-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos antimicrobianos*. Direção-Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2021). DGS inicia trabalho para o Plano Nacional de Segurança dos Doentes (2021-2026). Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-inicia-trabalhos-para-o-plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional de Segurança dos Doentes (2021-2026)*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-inicia-trabalhos-para-o-plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Modelo de Governação a 2020 do Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios.aspx>
- Doenges, M., & Moorhouse, M. F. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem. Um teste interativo para o raciocínio diagnóstico*. Lusociência.
- Duarte, A. B.S. (2007). Grupo focal on line e offline como técnica de coleta de dados. *Inf & Soc. Est.*, 17(1), 75-85. https://brapci.inf.br/repositorio/2010/11/pdf_51bcc64139_0012782.pdf
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Appl Nurs Res.*, 24(4), 244-55. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004>
- Erdenee, O., Paramita, S.A., Yamazaki, C., & Koyama, H. (2017). Distribution of health care resources in Mongolia using the Gini coefficient. *Hum Resour Health* 15-56. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0232-1>
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J.A., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental da gestão da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9,105-116. <http://hdl.handle.net/10362/4490>.

- European Observatory on Health Systems and Policies [OECD] (2017). *Portugal: Perfil de Saúde do País. State of Health in the EU*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_pt_portuguese.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies [OECD] (2020). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt>
- Evans, K. (2019). Diabetic Ketacidosis: update an management. *Clinical Medicine*, 19 (5), 396-398. <https://dx.doi.org/10.7861%2Fclinmed.2019-0284>
- Fagerström, L., Kinnunen, M., & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open*, 8 e016367. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>
- Faraz A. (2017). Novice nurse practitioner workforce transition and turnover intention in primary care. *J Am Assoc Nurse Pract.*, (1), 26-34. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12381>
- Fernandes, C.J.C.S., Alves-Jr, Gavilares, F., Prada, L.F., & Morinaga, L.K. (2016). Os novos anticoagulantes no tratamento do tromboembolismo venoso. *J Bras Pneumol*, 42(2), 146-154. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562016042020068>
- Ferreira, F., Antuies, E., Neves, R., C., Farias, F., Malveiro, P., Choon, H., Galrinho, A., & Ferreira, R. (2012). Telemonitorização INR: eficácia e segurança de um sistema de avaliação., *Acta Med Port*, 25(5), 297-300. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/288/83>
- Ferretti-Rebustini, R. E. L., Nogueira, L.S., Silva, R.C.G., Poveda, V. B., Machado, S.P., Oliveira, E.M., Andolhe, R., & Padilha, K.G. (2017). Aging as a predictor of nursing workload in Intensive Care Unit: results from a Brazilian Sample. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51 e03216. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016237503216>
- Field, A. (2015). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE Publications Ltd.
- Figueiredo, M.H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Figueiredo, M.H.J. (2009). *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto. Porto, Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M.H.J.S & Martins, M.M. F.S. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Cienc. Cuid Saúde*, 9(3), 552-559. https://www.academia.edu/25963087/Avalia%C3%A7%C3%A3o_familiar_do_Modelo_Calgary_de_avalia%C3%A7%C3%A3o_da_fam%C3%ADlia_aos_focos_da_pr%C3%A1tica_de_enfermagem

- Filho, F.L., Silva, A.A.M., Lopes, J.M.A., Lam, Z.C., Simões, V.M.F., & Santos, A.M. (2011). Staff Workload and adverse events doing mechanical ventilation in neonatal intensive care units. *Jornal de Pediatria*, 87(6), 487-492 <https://www.scielo.br/j/jped/a/NHNnKDqDqFcwNPhFkjSHHJc/?lang=en&format=pdf>
- Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M.E., Almirall, J., & Maddocks, H. (2012) A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. *Annals of Family Medicine*, 10, 142-151. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1337>
- Freitas D., Ribeiro, K., Oliveira, J.L.C., Matos, F.G.O.A., Carvalho, A.R.S., Ross, C. (2017). Diagnósticos de enfermagem entre usuários de anticoagulante oral acompanhados em ambulatório. *Rev Baiana enferm*, 31(3), e20356. <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.20356>
- Freitas, M.J.B.S. & Parreira, P.M.D. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, III(10), 171-178. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35051/1/serIIIIn10a20.pdf>
- Freitas, M.J.S. (2015). *Dotação Segura para a Prática de Enfermagem: um contributo para a Gestão de Unidades de Saúde*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Porto, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/20702>
- Fronteira, I, Jesus, E H., & Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 273-282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Gagliardino, J.J., Chantelot, J.M., Domenger, C., Ramachandran, A., Kaddaha, G., Mbanya, J.C., Shestakova, M., & Chan, J. (2019).IDMPS Steering Committee. Impact of diabetes education and self-management on the quality of care for people with type 1 diabetes mellitus in the Middle East (the International Diabetes Mellitus Practices Study, IDMPS). *Diabetes Res Clin Pract*. 147, 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.09.008>
- Galego, C. & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184. www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a10.pdf, consultado em 26/07/12]
- Garcia, E. A, & Fugulin, F. M. T. (2010). Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em cuidados de emergência. *Rev. Esc. de Enferm da USP*, 44(4), 1032-1038. <https://www.scielo.br/j/reusp/a/8KZR4KNxj5Gyq7VqzVcbqMy/?lang=pt&format=pdf>
- Giammona, S., Arena, G., Calò, M., Barone, M. A., Scelsa, D., Lepre, A., Tarantino, M. R., & Schlenk, E. A. (2016). Nursing workload and staff allocation in an Italian hospital: A quality improvement initiative based on nursing care score. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(2), 420-427. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0010>

- Gonçalves, J.G.T.P.B. (2018). *A garantia de maior estabilidade e segurança no emprego e a extinção da relação laboral pública por motivos disciplinares*. (Dissertação de Mestrado em Direito e Prática Jurídica). Faculdade de Direito. Universidade de Lisboa. Portugal. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/37378/1/ulfd136529_tese.pdf
- Gonçalves, T.S.M (2015). *Dotações de Enfermagem: Impacte nos Resultados em Saúde*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Algarve. Portugal. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/7869>
- Grady, P. A., Gough, L.L. (2014). Sel-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health*, 104, e25-e31. <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Grafen, M., & Mackenzie, F. C. (2015). Development and early application of the Scottish Community Nursing Workload Measurement Tool. *British Journal of Community Nursing*, 20 (2): 89-92. DOI: 10.12968/bjcn.2015.20.2.89
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J., Jones, J., Pattison, N., & Monks, T. (2020). Safer Nursing Care Study Group. Nursing workload, nurse staffing methodologies and tools: A systematic scoping review and discussion. *Int J Nurs Stud*, 103, 103487. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103487>
- Grover A, Joshi A. (2014). An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Glob J Health Sci.*, 29, 7(2), 210-27. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p210>
- Guedes M., & Rego, C. (2016). Estudo HIPOGAIA: monitorização da hipocoagulação oral com dicumarínicos no concelho de Gaia. *Revista Portuguesa de Cardiol*, 35(9),459-465. <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2016.03.003>
- Guerra, N. E. H. (2018). *Dotações de enfermagem impacto na segurança dos cuidados de saúde*. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Porto. Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.14/28053>
- Guimarães, R.C., & Cabral, J.A.S. (2011). *Estatística*. (2ª ed.). Dashofet Holding Ltd.
- Gumpert, P., & Dill, D. (2013). Transforming medical practices: a significant opportunity for group psychotherapists. *Int J Group Psychother*, 63(2), 178-205. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2013.63.2.178>
- He, J., Dunton, N., & Staggs, V. (2012). Unit-level Time Trends in Inpatient Fall Rates of US Hospitals. *Medical Care*, 50(9), 801–807. <http://www.jstor.org/stable/41714562>.
- Health Quality Ontario (2013). Specialized nursing practice for chronic disease management in the primary care setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Series*, 13(10), 1-66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814805/pdf/ohtas-13-66.pdf>
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. (2ª ed.). Sílabo.
- Hinno S. (2012). *The Professional Practice Environment— Hospital Nurses' Perspectives in Three European Countries*. (Tese de doutoramento não publicada). University of Eastern

- Finland, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science. <http://tinyurl.com/jre2j cq>.<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.011>
- Hoff, T., Weller, W., & DePuccio, M. (2012). The patient-centered medical home: a review of recent research. *Med Care Res Ver.*, 69(6), 619-644. <https://doi.org/10.1177/1077558712447688>
- Hurst, k. (2003). Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams. https://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/1001463_calculating%20staffing.pdf
- Hurst, K. (2006). Primary and Community care workforce planning and development. *JAN*, 55(6), 757-769. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03966.x>
- Hurst, K. (2010). Evaluating the strengths and weaknesses of NHS workforce planning methods. *Nursing Times*, 106(40), 10-14. <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2010/10/Workforce20planning-1.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Óbitos por algumas causas de morte (%). PORDATA. <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Óbitos por algumas causas de morte (%). PORDATA. <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). População residente N^o por local de residência (resultados preliminares censos 2021) e sexo; decenal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0010745&selTab=tab0
- International Council of Nurses (2009). *Evidence-based safe nurse staffing*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20PS%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_0.pdf.
- International Council of Nurses (2014). *Nurses: A force for change. A vital resource for health*. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2013/04/IND_Kit_2014.pdf
- International Council of Nurses (2019). Patient safety. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/news/safe-nurse-staffing-critical-patient-safety>.
- International Council of Nurses (2019). Safe nurse staffing critical to patient safety <https://www.icn.ch/news/safe-nurse-staffing-critical-patient-safety>
- International Diabetes Federation (2019). IDF Diabetes Atlas, 9th edition. <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>
- Jackson, C., Leary, A., Wright, T., Leadbetter, T., Manley, K., & Martin, A. (2015). The Cassandra project: recognising the multidimensional complexity of community nursing for workforce development. Canterbury Christ Church University England Centre for Practice Development. <https://repository.canterbury.ac.uk/download/2eb1c310c0b9e40c5be194684f4fb49e6>

[0668bdfbe75dfb5e2cf1a3f60d09476/6362248/CNWDP%20report%20FINAL%2016th%20April.pdf](https://doi.org/10.1017/S1047951108003041)

- Jacobs, J. P., Benavidez, O. J., Bacha, E. A., Walters, H. L., & Jacobs, M. L. (2008). The nomenclature of safety and quality of care for patients with congenital cardiac disease: a report of the Society of Thoracic Surgeons Congenital Database Taskforce Subcommittee on Patient Safety. *Cardiology in the young*, *18 Suppl 2*(0 2), 81–91. <https://doi.org/10.1017/S1047951108003041>
- Jayathilaka R, Joachim S, Mallikarachchi V, Perera N., & Ranawaka, D (2020). Do chronic illnesses and poverty go hand in hand? *PLoS One*,*15*(10), e0241232. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241232>
- Jin J, Wang J, Ma X, Wang Y., & Li R. (2015). Equality of Medical Health Resource Allocation in China Based on the Gini Coefficient Method. *Iran J Public Health*, *44*(4), 445-57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441957/>
- Junttila JK, Koivu A, Fagerström L, Haatainen K, Nykänen P. (2016). Hospital mortality and optimality of nursing workload: A study on the predictive validity of the RAFAELA Nursing Intensity and Staffing system. *Int J Nurs Stud*, *60*, 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.008>
- Kalisch, B, J., Tschannen, D., Lee, K. H. (2012). Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls. *J Nurs Care Qual*, *27*(1), 6–12. https://www.researchgate.net/profile/Beatrice-Kalisch/publication/51475833_Missed_Nursing_Care_Staffing_and_Patient_Falls/links/5a63aefd4585158bca4ea39a/Missed-Nursing-Care-Staffing
- Kane, R.L., Shamliyan, T.A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*, *45*(12), 1195-1204. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>
- Keeney, S., Hanson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Wiley-Blackweel.
- Keeteloot, K. (1999). Disease Mangement: A new technology in nedd of critical assesment. International. *Journal of Technology Assement in Health Care*, *15* (3), 506-519. <https://doi.org/10.1017/S0266462399015366>
- Kendall-Gallagher, D., Aiken, L.H., Sloane, D.M., & Cimiotti, J.P., (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue. *J. Nurs Scholarsh*, *43*(2), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x>
- Kim, D.H., & Rich, M.W. (2016). Patient-Centred Care of Older Adults with Cardiovascular Disease and Multiple Chronic Conditions. *Canadian Journal of Cardiology*, *32*(9), 1097-1107. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.04.003>
- Kirby, E., & Hurst, K. (2014). Using a complex audit tool to measure workload, staffing and quality in district nursing. *British Journal of Community Nursing*, *19*(5), 219-223. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.5.219>

- Korownyk, C., McCormack, J., Kolber, M.R., Gerrison, S., & Allan, G. M. (2017). Competing demands and opportunities in primary care. *Cam Fam Physician*, 63(9), 664-668. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597006/>
- Kutney-Lee A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Neff, D., F., & Aiken L.H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Aff*, 28(4), w669-77. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669>
- Lake, E.T. (2007). The Nursing Practice Environment. *Medical Care Research and Review*. 64(2), 104S-122S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299253>
- Lee, R., Wong, T.Y., & Sabanayagam, C. (2015). Epidemiology of diabetic retinopathy, diabetic edema and related vision loss. *Eye and Vision*, 2(7). <https://doi.org/10.1186/s40662-015-0026-2>
- Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República (2015). Diário da República: série I, n.º (2015). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lei n.º 18/2016 de 20 de junho. Assembleia da República. Diário da República: série I, n.º 11 (2016). <https://dre.pt/application/conteudo/74738647>
- Lei n.º 48/90 de 24 de agosto. Assembleia da República. Diário da República: série I n.º 195 (1990). <https://files.dre.pt/1s/1990/08/19500/34523459.pdf> (revogada).
- Lei n.º 56/79 de 15 de setembro. Assembleia da República. Diário da República: serie I, n.º 214 (1979). <https://data.dre.pt/eli/lei/56/1979/09/15/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República: série I n.º 169 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Leite, I.R.L., Silva, G.R.F., & Padilha, K.G. (2012). Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*; 25(6), 837-843. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600003
- Liu, W., Liu, Y., Twum, P., & Li, S. (2016). National equity of health resource allocation in China: data from 2009 to 2013. *Int J Equity Health* 15(68). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0357-1>
- Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 82-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005>
- Lopes, L.M.M., & Santos, S. M.P. (2010). Florence Nightingale – apontamentos sobre a fundadora da enfermagem moderna. *Revista Referência*, III (2), 181-189. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-181.pdf>
- Lopes, M.A., Gomes, S.C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf

- Loureiro, F.M., Silva, J.A.N. F., Quitério, M.M.S.L., & Charepe, Z. B. (2012). Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 46(6), 1294-1299. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600002>
- Macedo, A.P.M.C., Mendes, C.M.F., Candeias, A.L.S., Sousa, M.P.R., Hoffmeister, L.V., & Lage, M.I.G. (2016). Validação do Nursing Activities Score em unidades de cuidados intensivos portuguesas. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 881-887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>
- Macedo, M., E.F., & Cruz, R. (2013). A hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributos para o conhecimento epidemiológico da população em 2013. *Revista Fatores de Risco*, 36, 47-56. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10119/1/RFR_art581.pdf
- Macedo, R.P. A. (2017). Nursing Activities Score (NAS). Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Portugal. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>
- MacPhee, M., Dahinten, V.S., & Havaei, F. (2017). *The impact of perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes*. *Adm. Sci.*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.3390/admsci7010007>
- Margarido, E. S., & Castilho, V. (2006). Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40(3), 427-433. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000300016>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Report Number.
- Marques, J.B.V., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-posições*, 29, 2 (87), 389-415. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Marques, M.B., Coutinho, J.F.V., Martins, M.C., Lopes, M.V.O., Maia, J. C., & Silva, M.J. (2019) Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*, 53, e03517. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>
- Masaebi, F., Salehi, M., Kazemi, M. et al. (2021). Trend analysis of disability adjusted life years due to cardiovascular diseases: results from the global burden of disease study 2019. *BMC Public Health* 21,1268. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11348-w>.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online J Issues Nurs.*, 31,16(2), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01>
- McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online J Issues Nurs.*, 31;16(2), 3. <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man03>

- Medeiros, L.S.S., Medeiros, L.S.S., Morais, A.M.B., & Rolim, L.A.D.M.M. (2016). Importância do controle glicêmico como forma de prevenir complicações clínicas do diabetes mellitus. *RBAC*, 48(3), 262-267. http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/11/ARTIGO-13_RBAC-48-3-2016-ref.-397.pdf
- Mello, M.C. (2011). Carga de trabalho de Enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva. (Tese de Doutorado não publicada). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo. Brasil. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-25082011-095746/pt-br.php>
- Melo, P. (2021). *Consulta de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Guia de Decisão Clínica*. Lidel.
- Mendes, C. M. F. G.S., & Barroso, F.F.M. (2014). Promover uma consultoria de segurança em cuidados de saúde primários. *Rev Port. Saúde Pública*, 32(2), 197-205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Mendes, M., Trindade, L.L., Pires, D.E.P., Biff. D., Martins, M.M.F.P.S., & Vendruscolo, C. (2020). Workloads in the Family Health Strategy: interfaces with the exhaustion of nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP*, 54, e03622. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019005003622>
- Mercer, S., W., Higgins, M., Bikker, A. M., Fitzpatrick, B., McConnachie, A., Lloyd, S.M., Little, P., & Watt, G. C.M. (2016). *The Annals of Family Medicine*, 14(2), 117-124. <https://doi.org/10.1370/afm.1910>
- Miao, J. H., Wang, H. S., & Liu, N. (2020). The evaluation of a nurse-led hypertension management model in an urban community healthcare: A randomized controlled trial. *Medicine*, 99(27), e20967. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020967>
- Michel, O., Manjon, A.J.G., Pasquier, J., & Bucher, C.O. (2021). A time and motion analysis of nursing activities in an internal medicine unit. *J Adv Nurs*, 00, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jan.14935>
- Mildton, B.L. (2011). *The concept of home care nursing workload: analysis and significance*. (Tese de Doutorado não publicada). Department of Nursing Science. University of Toronto. Canada. https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/29508/1/Mildon_Barbara_L_2011_06_PhD_thesis.pdf
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2017). *Otimizar registos gerar eficiência. Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017*. ACSS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf

- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2016). Modelo de governação a 2020. Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde prioritários. Apêndice -Orientação programática a 2020. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx>
- Miranda, D.R., Nap, R., Rijk, A., Schaufeli W., Lapichino G. (2003). TISS working group. Therapeutic Interventions Scoring System. Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, 31(2), 374-382. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC>
- Mitchell, P.H. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*. In: Hughes, R.G. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/>
- Monteiro et. al., (2018). Estudo Safira: reflexões sobre a prevalência e os padrões de tratamento de fibrilhação auricular e risco cardiovascular em 7500 indivíduos com 65 ou mais anos. *Rev Port. Cardiol.*, 37(4), 307-313. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.08.006>
- Morris R., Macneela P., Scott, A., Treacy P. & Hyde A. (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 57(5), 463–471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>
- Moskowitz, C.S., Seshan, V. E., & Begg, C. B. (2008). Estimating empirical Lorenz Curve and Gini coefficient in the presence of error with nested data. *Statistics in Medicine*, 27(16), 3191-3208. <https://doi.org/10.1002/sim.3151>
- Mousquès, J., Bourgueil, Y., Le Fur, P., & Yilmaz, E. (2010). Effect of a French Experiment of Teamwork between General Practitioners and Nurses on Efficacy and Cost of Type 2 Diabetes Patients Care, *Health Policy*, 98(2-3), 131-143. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.06.001>
- Myny, D., Bacquer, D.D., Hecke, A. V., Verhaeghe, S. & Goubergen, D. V. (2014). Validation of standard times and influencing factors during the development of the Workload Indicator of Nursing. *Journal of Advanced Nursing* 70(3), 674-686. <https://doi.org/10.1111/jan.12232>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel S., Presado, M.H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência, Saúde & Coletiva*, 26(02), 505- 510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Needleman, J. et al., (2016). Engaging Frontline Staff in Performance Improvement: The American Organization of Nurse Executives Implementation of Transforming Care at the Bedside Collaborative. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(2), 61-69. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42007-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42007-6)
- Neto, O.P.A., Cunha, C.M., Rodrigues, C.M., Resende, T.C. (2016). Perfil clínico, adesão e satisfação terapêutica de pacientes em uso de anticoagulantes orais. *Rev. Aten. Saúde*, 14(47), 61-66. <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3389>

- Nguyen, H., Manolova, G. T., Daskalopoulou, C., Vitoratou, S., Prince, M., & Prina, M. (2019). Prevalence of multimorbidity in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Comorbidity*. <https://doi.org/10.1177/2235042X19870934>
- Nogueira, L.S., Koike, K. M., Sardinha, D.S., Padilha, K.G., & Sousa, R.M.C. (2013). Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. *Rev. Brasileira Terapia Intensiva*; 25(3), 225-232. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130039>
- Nolte, E., Kani, C., & Saltman, R. B. (2014). Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches. European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health-systems.pdf
- Norouzian, R., & Plonsky, L. (2018). Eta- and partial eta-squared in L2 research: A cautionary review and guide to more appropriate usage. *Second Language Research*, 34(2), 257-271. <https://doi.org/10.1177/0267658316684904>
- Nunes, A. M. (2020). O serviço nacional de saúde português: Caracterização, classificação e perspectivas. *Rev. Gest. Sist. Saúde*, 9(3), 499-516. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>
- Nunes, B.K., & Toma, E. (2013). Dimensionamento de pessoal de enfermagem de uma unidade neonatal: utilização do Nursing Activities Score. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(1). https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a09.pdf
- Nutescu, E.A., Burnett, A., Fanikos, J., Spinler, S., Wittkowsky, A. (2016). Pharmacology of anticoagulants used in the treatment of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*, 41(1), 15-31. <https://doi.org/10.1007/s11239-015-1314-3>
- Okediji, P. T., Ojo, A. O., Ojo, A. I., Ojo, A. S., Ojo, O. E., & Abioye-Kuteyi, E. A. (2017). The Economic Impacts of Chronic Illness on Households of Patients in Ile-Ife, South-Western Nigeria. *Cureus*, 9(10), e1756. <https://doi.org/10.7759/cureus.1756>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enunciados Descritivos*. Conselho de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo mínimos de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde*. Sistemas de Informação em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma de cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Princípios e enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família*. Decreto-Lei n.º 118/2014. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/DL118_2014_EnFamília.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Membros ativos especialistas*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11137/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_especialistas.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 428/2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2020). *Membros ativos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2020). *Manual de Políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para fomentar políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde [WHO] (2002). *Cuidados Inovadores para condições crónicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Organização Mundial da Saúde. OPAS. <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccportuguese.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD/The King's Fund (2020), Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? OECD and The King's Fund Workshop Proceedings, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD]/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Ornelas, M.D.F. (2018). *Avaliação da cultura de segurança e dos eventos adversos no Cuidados de Saúde Primários*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa. Portugal. <https://run.unl.pt/handle/10362/39614>
- Osborn, R., Moulds, D., Squires, D., Doty, M.M., & Anderson, C. (2014). International Survey for older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient centred care. *Health Aff*, 33(12), 224-255. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947>
- Panesar, S.S., de Silva, D., Carson-Stevens, A., Cresswell, K.M., Salvilla, S.A., Slight, S.P., Javad, S., Netuveli, G., Larizgoitia, I., Donaldson, L.J., Bates, D.W., & Sheikh, A. (2016).

- How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*, 25(7), 544-553. <https://doi/10.1136/bmjqs-2015-004178>
- Parsons, S.E., Carter, E.A., Waterhouse, L.J., Sarcevic, A., O'Connell, K.J., & Burd, R.S. (2012). Assessment of workload during pediatric trauma resuscitation. *J Trauma Acute Care Surg*, 73(5),1267-1272.<https://doi.org/10.1097/Ta.0b013e318265d15a>
- Paulsen, R.A. (2018). Taking nurse staffing research to the unit level. *Nurs Manage*, 49(7), 42-48. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000538915.53159.b5>
- Pedro, A.R. (2018)). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente*. (Tese de Doutoramento não publicada). Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Portugal. <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>
- Peltzer, K. & Pengpid, S. (2018). The prevalence and social determinants of hypertension among adults in Indonesia: a cross-sectional population-based national survey. *International Journal of Hypertension*. <http://hdl.handle.net/20.500.11910/12497>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). The Impact of Chronic Diseases on the Quality of Life of Primary Care Patients in Cambodia, Myanmar and Vietnam. *Iranian journal of public health*,47(9), 1308–1316. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6174032/>
- Pereira, I. M. (2017). Carga de Trabalho dos Profissionais de Saúde: instrumentos de medida segundo a classificação das de enfermagem. (Tese de Doutoramento não publicada). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-20092018-173749/publico/Irene_Mari_CORRECAO.pdf
- Pereira, K.S.M. (2018). Análise da carga de trabalho em operadores de uma empresa de logística da região sul. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Brasil. https://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/3801/1/PB_PPGEPS_M_Pereira%20Kezia%20Sayoko%20Matsui_2018.pdf
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.G. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (6º ed.). Síbaló.
- Petrie, J.R., Guzik, T.J., & Touyz, R. M. (2018). Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: clinical insights and vascular mechanisms. *Can, J, Cardiol*, 34(5), 575-584. <https://dois.org/10.1016/j.cjca.2017.12.005>
- Polit, D.F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *Int J Nurs Stud*, 52 (11), 1746-5173. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (7ª ed.). Artmed.
- Possari, et al., (2015). Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(5),781-788. <https://doi/10.1590/0104-1169.0419.2615>

- Prazeres, J.F.C.P (2018). *MM-PT Study: multimorbidity in primary care*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior. Portugal. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/4776>
- Queijo, A. F., Martins, R.S., Andolhe, R., Oliveira, E.M., Barbosa, R.L., & Padilha, K.G. (2013). Nursing Workload in Neurological intensive care units: Cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29, 112-116. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.08.00>
- Rathert, C., Wyrwich, M., Boren, S. (2013). Patient-centred care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care, Res Rev*, 70(4), 351-359. <https://doi.org/10.1177/0271077558712465774>
- Rauhala, A., & Fagerstrom, L. (2004). Determining optimal nursing intensity: the RAFAELA method. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 351-359. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02918.x>
- Registered Nurse's Association of Ontario (2015). *Person-and family-centred care*. ON: Registered Nurse's Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg>
- Regulamento n.º 126/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República: II Série, n.º 35. <https://dre.pt/application/file/a/3477091>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: Série II, n.º 26. (<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>)
- Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril, Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: Série II, n.º 79. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Regulamento n.º 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: II série, n.º 124. <https://dre.pt/application/file/a/67626882>
- Regulamento n.º 428/ 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da república: II Série n.º 135. <https://dre.pt/application/file/a/115698536>
- Regulamento n.º 743/2019 de 15 de setembro. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série n.º 184. <https://dre.pt/application/file/a/124970757>
- Reich, R., Vieira, D.F.V.B., Lima, L.B., & Rabelo-Silva, E.R. (2015). Carga de trabalho e unidade coronária segundo o Nursing Activities Score. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 36 (3), 28-35. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51367>

- Reid, B., Kane, K. & Curran, C. (2008). District nursing workforce planning: a review methods. *British Journal of Community Nursing*, 13(11), 525-530. <http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2008.13.11.31525>
- Reis, A. (2012). Prevenção e tratamento do tromboembolismo venoso: o lugar dos novos anticoagulantes orais. *Revista Port. Cardiologia*, 31(s1), 45-50. [https://doi.org/10.1016/S0870-2551\(12\)70039-2](https://doi.org/10.1016/S0870-2551(12)70039-2)
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, Presidência do Conselho de Ministros (2005). Diário da República: I-B Serie, n.º 196 (2005). <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182>
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I. *et al.* (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract* 9,11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
- Ribeiro, S., Furtado, C., & Pereira, J. (2013). Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32 (11), 847-854. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2013.01.008>
- Romana, G.Q., Kislaya, I., Salvador, M, R., Gonçalves, S.C., Nunes, B., & Dias, C (2019). Multimorbidade em Portugal: dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico. *Acta Med. Port*, 32(1), 30-37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Rosas, M.C.C.L. (2015). *Gestão da consulta de enfermagem à pessoa com diabetes: que modelo de cuidados.* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9764/1/Tesecorrigida_30_01_2015_C_D.pdf
- Rosas, R.T., Gehlen, M.H., Ilha, S., Pereira, F. W., Cassola, T., & Backes, D. S. (2015). Segurança do paciente na praxis do cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros. *Ciencia y Enfermeria XXI* (3), 37-47. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000300004>
- Rossaneis, M. A., Haddad, M., Mathias, T. A., & Marcon, S. S. (2016). Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2761. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>
- Rossetti, A.C., Gaidzinski, Rapone, R., & Bracco, M. M. (2014). Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. *Einstein*, 2(2), 217-222. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014AO2945>
- Santos, N.C., Fugulin, F.M.T. (2013). Construção e validação de instrumento para identificação das atividades de enfermagem em unidades pediátricas: subsídio para determinação da carga de trabalho. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 47(5), 1052-1060). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033328007>
- Scain, S.F., Franzen, E., Santos, L.B., & Heldt, E. (2013). Acurácia das intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 em consulta ambulatorial. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34(2), 14-20. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200002>

- Schalk, D.M., Bijl, M.L., & Halfens, R.J. et al (2010). Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. *Implementation Sci.*, 5, 34. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-34>
- Schoeder, C. S., & Klering, L. R. (2009). On-line focus group: uma possibilidade para a pesquisa qualitativa em administração. *Cadernos EBAPE*. 7(2), 332-348. <http://www.spell.org.br/documentos/ver/908/on-line-focus-group--uma-possibilidade-para-a-pesquisa-qualitativa-em-administracao>
- Serviço Nacional de Saúde (2019). *Evolução dos Recursos humanos no SNS de 2015-2018*. Lisboa. SNS.<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/03/Cuidados-de-Saude-Prim%C3%A1rios.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. *Bilbete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – BI-CSP*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/Pages/default.aspx>
- Shahbazian, H., & Rezaii, I. (2013). Diabetic kidney disease: review of the current knowledge. *Journal of Rena Injury Prevention*, 2(2), 73-80. <https://dx.doi.org/10.12861%2Fjrip.2013.24>
- Sheikh, A., Panesar, S. Larizgoitia, I., Bates, D.W., & Donaldson, L.J. (2013). Safer primary care for all: a global imperative. *The Lancet Global Health*. 1 (4), e182-e183.[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70030-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70030-5)
- Shi, Q., Ostwald, S.K., & Wang, S. (2010). Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial. *J Clin Nurs.*, 19(3-4), 398-404. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03040.x>
- Sikorska, J. & Uprichard, J. (2017). Direct Oral Anticoagulants: A Quick Guide. *Eur Cardiol*, 12(1), 40-45. <https://doi.org/10.15420/ecr.2017;11:2>
- Silva, I.S., Veloso, A.L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: considerações técnicas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Silva, S.M., Baptista, P.C.P., Felli, V. E. A., Martins, A. C., Sarquis, L. M. M., & Mininel, V. A. (2013). Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (1), 9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100003>
- Silva, T.F.A., Rodrigues, J.E.G., Silva, A.P.S.M., Barros, M.A.R., Felipe, G.F., & Machado, A.L. G. (2014). Consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus na atenção básica. *Rev.Min.Enferm*, 18(3), 710-716. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140052>
- Silveira, J.A.A., Filho, A.M.L., Resende, H.M.P., Pereira, J. G. (2010). Características da assistência à saúde a pessoas com diabetes mellitus acompanhadas na unidade de saúde da família PedregaII, em Cuiabá, MT: reflexões para a equipa de saúde. *O mundo da saúde*, 34(1), 43-49. http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/05_Original_Caracteristica.pdf

- Simões, J.F.F.L. (2020). *Análise da carga de trabalho de enfermagem de um serviço de medicina intensiva*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Portugal. <http://hdl.handle.net/10198/22672>.
- Siqueira, E.M.P., Ribeiro, M.D., Souza, R.C.S., Machado, F.S., & Diccini, S. (2015). Correlação entre carga de trabalho de enfermagem e gravidade dos pacientes críticos gerais, neurológicos e cardiológicos. *Esc. Anna Nery*, 19 (2), 233-238. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200233&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes e Números. O ano de 2015*. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf
- Sousa, A.S.J, Marques, M.B., Moreira, T.M.M., Araújo, A.D.I.R., Silva, A.Z.& Machado, A. L. G. (2015). Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde de família. *Revista Enfermagem Uerj*, 23(1), 102-107. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.15597>
- Sousa, P., Uva, A.S., Serralheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: um estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade. http://atuasaude.org/wp-content/uploads/2017/08/seguranca_do_doente-eventos_adversos_em_hospitais_portugueses_ensp_2011_3.pdf
- Souza, A.C., Alexandre, N.M. Guirardello, E.B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade, *Epidemiol. Serv. Saude*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Souza, A.C., Alexandre, N.M.C., & Guirardello, E.B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Revista Epidemiologia e Serviços de saúde*, 26 (3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Souza, P., Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2019). Nursing workload: influence of indirect care interventions. *Revista Escola Enferm. USP*, 53, e03440. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018006503440>
- Stellefson, M. Dipnarine, K., & Stopka, C. (2013.) The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis*, 10, 20180. <http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.120180>
- Stephen, C., McInnes, S., & Halcomb, E. (2018). The feasibility and acceptability of nurse-led chronic disease management interventions in primary care: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 279-288. <https://doi.org/10.1111/jan.13450>
- Stevens, S., Bankhead, C., Mukhtar, T., Perera-Salazar, R., Holt, T.A., Salisbury. C., & Hobbs, F.D.R. (2017). Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care. *BMJ Open*, 17(11), e018261. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018261>
- Stoll, R., Kreuzfeld, S., Weippert, M., Vilbrandt, R., & Stoll, N. (2007). System for Flexible Field Measurement of Physiological Data of Operators Working in Automated Labs.

- JALA: Journal of the Association for Laboratory Automation*, 12(2), 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.jala.2006.08.005>
- Suhrcke, M., Nugent, R.A., Stuckler, D., & Rocco, L. (2006). *Chronic Disease: An Economic Perspective*. Oxford Health Alliance. <https://www.who.int/management/programme/ncd/Chronic-disease-an-economic-perspective.pdf>
- Swiger, P. A., Vance, D.E., & Patrician, P. A. (2016). Nursing workload in acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *Nursing Outlook*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.01.003>
- Tähepõld, H., H-I., Kalda, R., & Brink-muinen, A. (2003). Structure and duration of consultations in Estonian family practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, 3,167-170. <https://doi.org/10.1080/02813430310000708>
- Teles, R. C. (2021). O meu doente não pode, não quer ou não cumpre a anticoagulação oral. Cruzo os dedos ou cruzo o septo? *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 40(5), 367-369. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2021.03.005>
- The Health Foundation [THF] (2016). *Person-centred care made simple. What everyone should know about*. https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf.
- The Sheldford Group (2019). *NHS Safer Nursing Care Tools available via InnovaHealthTec*. [NHS Safer Nursing Care Tools available via InnovaHealthTec - Sheldford Group](https://www.nhs.uk/healthcare-innovation/innovahealthtec/nhs-safer-nursing-care-tools).
- Tier, A., & Hall, G. (2015). The Super Six model of diabetes care: Implementing and evaluating the diabetes specialist nurse role in Portsmouth. *Diabetes & Primary Care*, 17,164–74. https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/dotn/_master/3017/files/pdf/dpc14-5-277-83.pdf
- Trad, L.A.B. (2009). Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa em saúde. *Physis*, 19(3), 777-796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>
- Umpiérrez, A.F., Fort, Z. F., & Tomás, V. C. (2015). Eventos adversos en salud y cuidados de enfermería: la seguridad del paciente desde la experiencia del profesional. *Texto contexto Enferm*, 24(5), 310-315. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500012214>
- Vaismoradi, M., Tella, S., A., Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(6), 2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- van den Oetelaar, W.F.J.M., van Stel, H.F., van Rhenen, W., Stellato, R.K., & Grolman, W. (2018). Mapping nurses' activities in surgical hospital wards: A time study. *PLoS One*, 13(4), e0191807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191807>

- van den Oetelaar, W.F.J.M., van Stel, H.F., van Rhenen, W, *et al* (2016). Balancing nurses' workload in hospital wards: study protocol of developing a method to manage workload. *BMJ Open*, 6(11), e012148. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012148>
- Venning P., Durie, A., Roland, M., Roberts, C., & Leese, B. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 15, 1048-1053. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7241.1048>
- Ventura, M.T.F. (2017). *Doença crónica: intervenção do médico de família para limitar as repercursões na pessoa e na família*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Ciências de Ciências Médicas de Lisboa. Portugal. <https://run.unl.pt/handle/10362/20233>
- Vinik, A., Casellini, C., & Nevoret, M.L. (2018). *Diabetic Neuropathies*. In: Feingold, K.R, Walt, A., Boyce, A. Et al., Endotext: South Dartmouth. www. Ncsu.nlm.nih.gov/books.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74(4), 511-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8941260/>
- Wagner, E.H., Glasgow, R.E., Davis, C., Bonomi, A.E., Provost, L, McCulloch, D., Carver, P., & Sixta, C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*, 27(2), 63-80. [https://doi:10.1016/s1070-3241\(01\)27007-2](https://doi:10.1016/s1070-3241(01)27007-2)
- Walker, J., & Hendry, C. (2009). *A review of literature on the measurement of patient dependency, workload and workload planning and allocation within the context of nursing in the community*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.514.4673&rep=rep1&type=pdf>
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P, Leal J., Luengo-Fernandez, R., Burns, R., Rayner, M., & Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network*. <https://ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
- Wilson, A. D., & Childs, S. (2009). Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev.*, 25(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003540.pub2>
- Witt, D. M., Nieuwlaat, R., Clark, N. P., Ansell, J., Holbrook, A., Skov, J., Shehab, N., Mock, J., Myers, T., Dentali, F., Crowther, M. A., Agarwal, A., Bhatt, M., Khatib, R., Riva, J. J., Zhang, Y., & Guyatt, G. (2018). American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: optimal management of anticoagulation therapy. *Blood advances*, 2(22), 3257–3291. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2018024893>
- World Health Organization (2000). *Ministerial Conference on nursing and midwifery in Europe. Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health*. World Health Organization. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf
- World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic conditions: building blocks for action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42500>

- World Health Organization (2006). *Quality of care a process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
- World Health Organization (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Version 1.1. Final Technical Report. World Health Organization
- World Health Organization (2010). *Workload Indicators of Staffing Need Tool (WISN)*. World Health Organization <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/17/en/>
- World Health Organization (2011). *Patient Safety curriculum guide multi-professional*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?sequence=32&isAllowed=y>
- World Health Organization (2012). *Safer Primary Care. A Global Challenge*. World Health Organization. https://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf
- World Health Organization (2013). *Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health outcomes*. World Health Organization. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf
- World Health Organization (2017). *Patient Safety: Making Health Care Safer*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (2019). *Patient safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization (2020). *Noncommunicable diseases progress monitor 2020*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/ncdprogress-monitor-2020>
- World Health Organization (2020). *The top 10 causes of death*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization (2021). *Cobertura universal de saúde (CUS)*. World Health Organization. [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))
- World Health Organization (2021). *Patient safety. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Statistics (2020). *Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>

- World Health Organization (2011). *Patient Safety curriculum guide multi-professional*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9788555268502-por.pdf?sequence=32&isAllowed=y>
- World Health Organization (2012). *Safer Primary Care. A Global Challenge*. World Health Organization.
https://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf
- World Health Organization (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. World Health Organization.
<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care02>
- Yang, F., Qian, D., & Hu D (2016). Healthy Aging and Development Study Group, Nanjing Medical University; Data Mining Group of Biomedical Big Data, Nanjing Medical University. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the older population: results from the multiple national studies on ageing. *J Am Soc Hypertens*, 10(2), 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.jash.2015.11.016>
- Yen, P. Y., Kellye, M., Lopetegui, M., Saha, A., Loversidge, J., Chipps, E. M., Gallagher-Ford, L., & Buck, J. (2018). Nurses' Time Allocation and Multitasking of Nursing Activities: A Time Motion Study. *AMLA Annual Symposium proceedings. AMLA Symposium*, 1137–1146. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371290/>
- Yiu, A., & Bajorek, B. (2019). Patient-focused interventions to support vulnerable people using oral anticoagulants: a narrative review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 1-27. <https://dx.doi.org/10.1177/2042098619847423>
- Yousefi, H., Ziaee, E. S., & Golshiri, P. (2019). Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases. *Journal of education and health promotion*, 8, 178. <https://www.jehp.net/article.asp?issn=2277-9531;year=2019;volume=8;issue=1;page=178;epage=178;aulast=Yousefi>
- Yu, D., Ma, Y., Sun, Q. Lu, G., & Xu, P. (2015). A nursing care classification system for assessing workload and determining optimal nurse staffing in a teaching hospital in China: A pre-post intervention study. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 339-349. <https://doi.org/10.1111/ijn.12295>
- Yu, H., Yu, S., He, D., & Lu, Y. (2021). Equity analysis of Chinese physician allocation based on Gini coefficient and Theil index. *BMC Health Serv Res* 21, 455. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06348-w>
- Yu, H.-Y.; Chen, J.-J.; Wang, J.-N.; Chiu, Y.-L.; Qiu, H. & Wang, L.-Y. (2019). Identification of the differential effect of city-level on the Gini Coefficient of health service delivery in online health community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13), 2314, 1-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132314>
- Zarili, T. F. T., Castanheira, E. R. L., Nunes, L. O., Sanine, P. R., Carrapato, J. F. L., Machado, D. F., Ramos, N. P., Mendonça, C. S., Nasser, M. A., Andrade, M. C., & Nemes, M. I. B. (2021). Delphi Technique in the validation process of the national application of the

Questionnaire for Primary Care Assessment (QualiAB). *Saúde e Sociedade*, 30(2).
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190505>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Grelha de registo IACTENFF- CE-DIA

Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho do Enfermeiro de Família - IACTENFF

Parte I – Doença Crónica

Grelha de Avaliação das Intervenções/atividades realizadas pelo Enfermeiro de Família na Consulta à Pessoa com Diabetes *Mellitus*

IACTENFF-CE-DIA

A grelha abaixo apresentada é constituída por 69 itens predefinidos que pretendem ser intervenções/atividades passíveis de serem executadas no âmbito da consulta de vigilância pelo enfermeiro de família à pessoa com diabetes *mellitus*, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. As intervenções de carácter assistencial são representadas por 29 intervenções do tipo avaliar, 8 intervenções do tipo monitorizar, 19 intervenções do tipo ensinar, 2 intervenções do tipo elaborar, 1 intervenção do tipo planear, 1 do tipo treinar, 1 do tipo promover, 1 do tipo administrar, 1 do tipo referenciar, 1 do tipo assistir, e 1 do tipo incentivar. A atividade não assistencial é constituída por 4 itens sendo respetivamente: 1 dimensão do acolhimento, 1 dos procedimentos de controlo de infeção, 1 procedimentos de continuidade de cuidados e 1 para documentação de cuidados. A grelha prevê ainda a possibilidade de serem acrescentadas intervenções/atividades que o enfermeiro realize em não estejam predefinidas.

Itens	Intervenções /atividades de enfermagem (na consulta)	Execução			
		Não	Sim	Tempo S	Tempo M
1	Avaliação inicial				
2	Monitorizar altura				
3	Monitorizar peso				
4	Monitorizar IMC				
5	Monitorizar perímetro abdominal				
6	Monitorizar pressão arterial				
7	Monitorizar frequência cardíaca				
8	Monitorizar parâmetros de urina				
9	Monitorizar HbA1c				
10	Avaliar conhecimento e o potencial para melhorar conhecimento sobre diabetes				
11	Ensinar sobre diabetes				
12	Ensinar sobre sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia				
13	Avaliar consumo de álcool				
14	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento para reduzir o consumo de álcool				
15	Ensinar sobre complicações do consumo excessivo de álcool				
16	Avaliar consumo de tabaco				
17	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento para reduzir o consumo de tabaco				
18	Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco				
19	Avaliar o consumo de outras substâncias				
20	Ensinar sobre os malefícios do consumo de substâncias				

21	Avaliar comportamento de adesão ao regime de exercício				
22	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime de exercício físico				
23	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime de exercício físico				
24	Ensinar sobre exercício físico				
25	Planear exercício físico				
26	Elaborar plano de exercício físico				
27	Avaliar comportamento de adesão ao regime dietético				
28	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime dietético				
29	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime dietético				
30	Ensinar sobre alimentação				
31	Elaborar plano alimentar				
32	Avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso				
33	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso				
34	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso				
35	Avaliar comportamento de adesão ao regime terapêutico				
36	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime terapêutico				
37	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico				
38	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para realizar autovigilância/autocontrolo				
39	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância/autocontrolo dos pés				
40	Avaliar comportamento de adesão à autovigilância/autocontrolo dos pés				
41	Ensinar sobre a importância da autovigilância/autocontrolo dos pés				
42	Avaliar conhecimento, potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância/autocontrolo da glicemia capilar				
43	Avaliar comportamento de adesão à autovigilância/autocontrolo da glicemia capilar				
44	Ensinar sobre a importância da autovigilância/autocontrolo da glicemia capilar				
45	Avaliar conhecimento e potencial para aumentar conhecimento sobre a autovigilância/autocontrolo da pressão arterial				
46	Avaliar comportamento de adesão da pressão arterial				
47	Ensinar sobre a importância da autovigilância/autocontrolo da pressão arterial				
48	Ensinar sobre importância de realizar autovigilância				
49	Treinar autovigilância/autocontrolo (GC, PA)				
50	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para a autoadministração de medicamentos				
51	Avaliar o conhecimento e potencial para aumentar o conhecimento sobre autoadministração de medicamentos (insulina)				
52	Ensinar sobre a auto-administração de medicamentos				
53	Avaliar a adesão ao regime de imunização				
54	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre regime imunização				
55	Ensinar sobre imunização				
56	Promover a adesão à imunização (PNV e/ou outras)				
57	Avaliar conhecimento e o potencial para aumentar conhecimento para a prevenção de úlcera diabética				
58	Avaliar risco de úlcera diabética				
59	Ensinar sobre prevenção da úlcera diabética				
60	Referenciar a outros profissionais de saúde (equipa do pé diabético, nutrição)				

61	Avaliar a aceitação do estado de saúde				
62	Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde				
63	Incentivar a comunicação de emoções				
64	Administrar vacina				
65	Ensinar sobre estratégias adaptativas				
66	Acolhimento da pessoa (Ex: chamada, receção)				
67	Procedimentos de controlo de infeção (Ex: higienização de equipamentos partilhados; higienização das mãos, etc.)				
68	Procedimentos de continuidade de cuidados (Ex: reprogramação de consultas, convocações, etc.)				
69	Documentação de cuidados (registo, referenciação interna)				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				

Apêndice 2 – Grelha de registo IACTENFF- CE-HTA

Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família - IACTENFF

Parte I - Gestão da Doença Crónica

Grelha de avaliação das intervenções/atividades realizadas pelo Enfermeiro de Família na consulta à pessoa com Hipertensão Arterial

IACTENFF-CE-HTA

A grelha abaixo apresentada é constituída por 60 itens predefinidos que pretendem ser intervenções/atividades passíveis de serem executadas no âmbito da consulta de vigilância pelo enfermeiro de família à pessoa com hipertensão arterial, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. As intervenções de carácter assistencial são representadas por 25 intervenções do tipo avaliar, 6 intervenções do tipo monitorizar, 17 intervenções do tipo ensinar, 2 intervenções do tipo elaborar, 1 do tipo treinar, 1 do tipo promover, 1 do tipo administrar, 1 do tipo referenciar, 1 do tipo assistir, e 1 do tipo incentivar. A atividade não assistencial é constituída por 4 itens sendo respetivamente: 1 dimensão do acolhimento, 1 dos procedimentos de controlo de infeção, 1 procedimentos de continuidade de cuidados e 1 para documentação de cuidados. A grelha prevê ainda a possibilidade de serem acrescentadas intervenções/atividades que o enfermeiro realize em não estejam predefinidas.

Itens	Intervenções /atividades enfermagem (na consulta)	Execução			
		Não	Sim	Tempo S	Tempo M
1	Avaliação inicial				
2	Monitorizar altura				
3	Monitorizar peso				
4	Monitorizar IMC				
5	Monitorizar perímetro abdominal				
6	Monitorizar pressão arterial				
7	Monitorizar frequência cardíaca				
8	Avaliar dor				
9	Avaliar o conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor				
10	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas do alívio da dor				
11	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre doença				
12	Avaliar conhecimento, potencial para melhorar conhecimento sobre processo patológico				
13	Ensinar sobre HTA				
14	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento para prevenir HTA				
15	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de saúde				
16	Ensinar sobre hábitos de saúde				
17	Avaliar consumo de álcool				
18	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento para reduzir o consumo de álcool				

19	Ensinar sobre complicações do consumo excessivo de álcool				
20	Avaliar consumo de tabaco				
21	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento para reduzir o consumo de tabaco				
22	Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco				
23	Avaliar comportamento de adesão ao regime de exercício				
24	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime de exercício físico				
25	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime de exercício físico				
26	Elaborar plano de exercício físico				
27	Avaliar comportamento de adesão ao regime dietético				
28	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime dietético				
29	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime dietético				
30	Elaborar plano alimentar				
31	Avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso				
32	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso				
33	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso				
34	Avaliar comportamento de adesão ao regime terapêutico				
35	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime terapêutico				
36	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico				
37	Avaliar comportamento de adesão à autovigilância (ex: PA)				
38	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para realizar autovigilância/autocontrolo				
39	Ensinar a importância de realizar autovigilância/autocontrolo				
40	Treinar autovigilância/autocontrolo				
41	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre obesidade/excesso de peso				
42	Ensinar sobre processo patológico				
43	Ensinar sobre alimentação				
44	Ensinar sobre complicações do processo patológico obesidade				
45	Ensinar sobre padrão alimentar				
46	Avaliar aceitação do estado de saúde				
47	Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde				
48	Incentivar a comunicação de emoções				
49	Referenciar a outros profissionais de saúde				
50	Ensinar sobre estratégias adaptativas				
51	Avaliar adesão ao regime de imunização				
52	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre imunização				
53	Promover adesão ao regime de imunização				
54	Ensinar sobre imunização (vacinas)				
55	Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime de imunização				
56	Administrar vacina				
57	Acolhimento da pessoa (Ex: chamada, receção)				
58	Procedimentos de controlo de infeção (Ex: higienização de equipamentos partilhados; higienização das mãos, etc.)				
59	Procedimentos de continuidade de cuidados (Ex: reprogramação de consultas, convocações, etc.)				

60	Documentação de cuidados (registo)				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				

Apêndice 3 – Grelha de registo IACTENFF- CE-HIPO

Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família - IACTENFF

Parte I – Gestão da Doença Crónica

Grelha de avaliação das Intervenções/atividades realizadas pelo Enfermeiro de Família na consulta à pessoa em Hipocoagulação

IACTENFF - CE-HIPO

A grelha abaixo apresentada é constituída por 63 itens predefinidos que pretendem ser intervenções/atividades passíveis de serem executadas no âmbito da consulta de vigilância pelo enfermeiro de família à pessoa em hipocoagulação, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. As intervenções de carácter assistencial são representadas por 26 intervenções do tipo avaliar, 7 intervenções do tipo monitorizar, 18 intervenções do tipo ensinar, 2 intervenções do tipo elaborar, 1 do tipo treinar, 1 do tipo promover, 1 do tipo administrar, 1 do tipo referenciar, 1 do tipo assistir, e 1 do tipo incentivar. A atividade não assistencial é constituída por 4 itens sendo respetivamente: 1 dimensão do acolhimento, 1 dos procedimentos de controlo de infeção, 1 procedimentos de continuidade de cuidados e 1 para documentação de cuidados. A grelha prevê ainda a possibilidade de serem acrescentadas intervenções/atividades que o enfermeiro realize em não estejam predefinidas.

Itens	Intervenções / atividades de enfermagem (na consulta)	Execução			
		Não	Sim	Tempo S	Tempo M
1	Avaliação inicial				
2	Monitorizar altura				
3	Monitorizar peso				
4	Monitorizar IMC				
5	Monitorizar perímetro abdominal				
6	Monitorizar pressão arterial				
7	Monitorizar frequência cardíaca				
8	Monitorizar INR				
9	Avaliar dor				
10	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor				
11	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas do alívio da dor				
12	Avaliar conhecimento sobre doença				
13	Ensinar sobre doença				
14	Avaliar conhecimento, potencial para melhorar conhecimento sobre processo patológico				
15	Avaliar perda sanguínea				
16	Avaliar conhecimento e potencial para prevenir a perda sanguínea				
17	Ensinar sobre hipocoagulação				
18	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de saúde				
19	Ensinar sobre hábitos de saúde				
20	Avaliar consumo de álcool				

21	Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de álcool				
22	Ensinar sobre complicações do consumo excessivo de álcool				
23	Avaliar consumo de tabaco				
24	Avaliar conhecimento e potencial para reduzir o consumo de tabaco				
25	Ensinar sobre os malefícios do consumo de tabaco				
26	Avaliar comportamento de adesão ao regime de exercício físico				
27	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime de exercício físico				
28	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime de exercício físico				
29	Elaborar plano de exercício físico				
30	Avaliar comportamento de adesão ao regime dietético				
31	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime dietético				
32	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime dietético				
33	Elaborar plano alimentar				
34	Avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso				
35	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime medicamentoso				
36	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso				
37	Avaliar comportamento de adesão ao regime terapêutico				
38	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para gerir regime terapêutico				
39	Ensinar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico				
40	Avaliar comportamento de adesão à autovigilância/autocontrolo (ex: PA)				
41	Avaliar conhecimento, potencial e capacidade para realizar autovigilância/autocontrolo				
42	Ensinar a importância de realizar autovigilância/autocontrolo				
43	Treinar autovigilância/autocontrolo				
44	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre obesidade/excesso de peso				
45	Ensinar sobre processo patológico				
46	Ensinar sobre cuidados alimentares				
47	Ensinar sobre complicações do processo patológico				
48	Ensinar sobre padrão alimentar				
49	Referenciar a outros profissionais de saúde				
50	Avaliar aceitação do estado de saúde				
51	Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde				
52	Incentivar a comunicação de emoções				
53	Ensinar sobre estratégias adaptativas				
54	Avaliar a adesão ao regime de imunização				
55	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre imunização				
56	Ensinar sobre imunização				
57	Promover adesão ao regime de imunização				
58	Administrar vacina				

59	Ensinar sobre reação vacinal				
60	Acolhimento da pessoa (Ex: chamada, recepção)				
61	Procedimentos de controlo de infeção (Ex: higienização de equipamentos partilhados; higienização das mãos, etc.)				
62	Procedimentos de continuidade de cuidados (Ex: reprogramação de consultas, convocações, etc.)				
63	Documentação de cuidados (registo)				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				

Apêndice 4 – Grelha de registo IACTENFF- CE-DO

Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família – IACTENFF

Parte I - Gestão da Doença Crónica

Grelha de avaliação das intervenções/atividades realizadas pelo Enfermeiro de Família na consulta à pessoa Ostomizada

IACTENFF – CE- DO

A grelha abaixo apresentada é constituída por 40 itens predefinidos que pretendem ser intervenções/atividades passíveis de serem executadas no âmbito da consulta de vigilância pelo enfermeiro de família à pessoa ostomizada, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Sendo constituída pela dimensão assistencial que comporta 14 intervenções do tipo avaliar, 8 do tipo ensinar; 4 do tipo monitorizar; 3 do tipo incentivar; 3 do tipo instruir; 3 do tipo treinar, 1 do tipo encorajar. A atividade não assistencial é constituída por 1 dimensão do acolhimento, dos procedimentos de controlo de infeção, procedimentos de continuidade de cuidados e a documentação de cuidados. A atividade não assistencial é constituída por 4 itens sendo respetivamente: 1 dimensão do acolhimento, 1 dos procedimentos de controlo de infeção, 1 procedimentos de continuidade de cuidados e 1 para documentação de cuidados. A grelha prevê ainda a possibilidade de serem acrescentadas intervenções/atividades que o enfermeiro realize em não estejam predefinidas.

Itens	Intervenções /atividades de enfermagem (na consulta)	Execução			
		Não	Sim	Tempo S	Tempo M
1	Avaliar estoma				
2	Avaliar o conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre o estoma				
3	Ensinar sobre estoma				
4	Avaliar o conhecimento e potencial para prestar cuidados ao estoma				
5	Ensinar sobre cuidados ao estoma				
6	Incentivar á prestação dos cuidados ao estoma				
7	Instruir sobre a prestação de cuidados ao estoma				
8	Treinar sobre a prestação de cuidados ao estoma				
9	Avaliar dor				
10	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor				
11	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor				
12	Avaliar a autonomia				
13	Avaliar o conhecimento potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidado de sobre a prestação de cuidados ao estoma				
14	Ensinar sobre cuidados ao estoma				
15	Incentivar á prestação dos cuidados ao estoma				
16	Instruir sobre a prestação de cuidados ao estoma				
17	Treinar sobre a prestação de cuidados ao estoma				
18	Avaliar o risco de complicações no estoma				

19	Ensinar sobre a prevenção do risco de complicações				
20	Avaliar a aceitação do estado de saúde				
21	Incentivar a aceitação do estado de saúde				
22	Avaliar a atitude face ao estado de saúde				
23	Encorajar a aceitação do estado de saúde				
24	Avaliar ansiedade				
25	Ensinar sobre ansiedade				
26	Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para o controlo da ansiedade				
27	Avaliar o autocuidado				
28	Avaliar a necessidade de uso de dispositivos				
29	Ensinar sobre o uso de dispositivos				
30	Instruir sobre o uso de dispositivos				
31	Treinar sobre o uso de dispositivos				
32	Avaliar o estado nutricional				
33	Monitorizar peso				
34	Monitorizar altura				
35	Monitorizar perímetro abdominal				
36	Monitorizar índice de massa corporal				
37	Procedimentos de controlo de infeção (Ex: higienização de equipamentos partilhados; higienização das mãos, etc.)				
38	Acolhimento da pessoa (Ex: chamada, receção)				
39	Procedimentos de continuidade de cuidados (Ex: reprogramação de consultas, convocações, etc.)				
40	Documentação de cuidados (registo)				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				

Apêndice 5 – Grelha de registo IACTENFF- CE-DR

Instrumento de Avaliação da Carga de Trabalho dos Enfermeiros de Família – IACTENFF

Parte I - Gestão da Doença Crónica

Grelha de avaliação das Intervenções/atividades realizadas pelo Enfermeiro de Família na consulta à pessoa com Doença Respiratória

IACTENFF- CE-DR

A grelha abaixo apresentada é constituída por 17 itens predefinidos que pretendem ser intervenções/atividades passíveis de serem executadas no âmbito da consulta de vigilância pelo enfermeiro de família à pessoa com doença respiratória, em contexto dos Cuidados de Saúde Primários. A dimensão de caráter assistencial é composta por 6 intervenções do tipo avaliar, 5 intervenções do tipo ensinar, 1 do tipo instruir e 1 do tipo treinar. A atividade não assistencial é constituída por 4 itens sendo respetivamente: 1 dimensão do acolhimento, 1 dos procedimentos de controlo de infeção, 1 procedimentos de continuidade de cuidados e 1 para documentação de cuidados. A grelha prevê ainda a possibilidade de serem acrescentadas intervenções/atividades que o enfermeiro realize em não estejam predefinidas.

Itens	Intervenções /atividades de enfermagem (na consulta)	Execução			
		Não	Sim	Tempo S	Tempo M
1	Avaliar processo respiratório (tosse, dispneia, ventilação, corrimento nasal, hipoxia, limpeza das vias aéreas, ...)				
2	Avaliar saturação de O2				
3	Avaliar conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento sobre processo patológico				
4	Ensinar sobre o processo patológico				
5	Ensinar sobre complicações do processo patológico [técnicas de conversação de energia, auto cuidado/ AVD, alergénios (...)]				
6	Avaliar conhecimento, potencial para melhorar o conhecimento e a capacidade para melhorar o conhecimento sobre o uso de dispositivos respiratórios				
7	Ensinar sobre o uso de dispositivos terapêuticos (inalador, ventilação mecânica, nebulizador (...))				
8	Instruir sobre o uso de dispositivos terapêuticos (inalador, ventilação mecânica, nebulizador (...))				
9	Treinar o uso de dispositivos respiratórios				
10	Avaliar o autocuidado				
11	Ensinar sobre autocuidado				
12	Avaliar o bem-estar quotidiano				
13	Ensinar sobre estratégias para melhorar o bem-estar				
14	Procedimentos de controlo de infeção (Ex: higienização de equipamentos partilhados; higienização das mãos, etc.)				
15	Acolhimento da pessoa (Ex: chamada, receção)				
16	Procedimentos de continuidade de cuidados (Ex: reprogramação de consultas, convocações, etc.)				

17	Documentação de cuidados (registo)				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				
	Outras Intervenções/ avaliações				

Apêndice 6 – Guião de entrevista – Grupo Focal

Guião da sessão de Grupo Focal

Tempo de duração previsto – 90 m

Objetivos gerais:

- Ponderar sobre a importância da determinação da dotação segura de enfermeiros de família para a gestão da doença crónica no enquadramento atual dos CSP
- Refletir sobre a inter-relação entre a dimensão carga de trabalho (de acordo com os resultados apresentados) e a dotação segura dos enfermeiros de família na gestão da doença crónica
- Ratificar proposta de matriz de dotação segura dos enfermeiros de família para a gestão da pessoa com doença crónica
- Analisar a relevância da matriz para a dotação segura de enfermeiros de família no âmbito da gestão da doença crónica como contributo para a determinação de dotação segura dos enfermeiros de família

Objetivos específicos:

- Apresentar os resultados do estudo sobre os preditores da carga de trabalho dos enfermeiros de família na gestão da doença crónica
- Nomear as implicações da carga de trabalho, face aos resultados do estudo, na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem na pessoa com doença crónica
- Apresentar e discutir a proposta de algoritmo para determinação do número de horas de cuidado necessárias na gestão da doença crónica na carga de trabalho do enfermeiro de família como base a carga de trabalho
- Propor e debater uma matriz de referência para a determinação da dotação de enfermeiros de família, considerando as variáveis/ dimensões da mesma, para além da carga de trabalho

Questões focalizadoras:

1. Em que medida considerada importante a determinação da carga de trabalho dos de enfermeiros de família, em particular para a gestão da doença crónica?
2. Considerando os resultados do estudo (carga de trabalho obtida no estudo) que posição toma relativamente aquilo que tem vindo a ser a prática da determinação da dotação de enfermeiros de família
3. No seu entendimento em que medida a carga de trabalho pode influenciar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados?
4. Concorda com os pressupostos apresentados para a definição do algoritmo de calculo do número de horas de cuidados dos EF na gestão da DC?

5. Que significado atribui à dotação segura de enfermeiros?
6. Que contributos acrescentaria à proposta apresentada?
7. Considerando os contributos obtidos, concordam com esta nova proposta que já os integra?
8. Que dimensões da matriz considera relevantes na proposta apresentada? Que dimensões acrescentaria? Que dimensões considera redutoras?
9. Considera que a proposta de matriz reflete aquilo que será uma dotação adequada de enfermeiros de família?

Etapas da sessão

Etapa 1 Objetivo 1: Legitimar o debate e motivar os participantes	Tempo [15 min.]
--	-----------------

Questão-chave: Sensibilização dos presentes
Papel do moderador
<p>a) Informar os participantes sobre os objetivos do grupo focal</p> <p>b) Solicitar autorização dos participantes sobre a gravação sessões assegurando a não divulgação da gravação, e que apenas servirá para análise de informação com a autorização dos mesmos.</p> <p>c) Assegurar o anonimato das opiniões.</p> <p>d) Destacar a importância da participação de todos no debate.</p> <p>e) Destacar que não há respostas certas.</p> <p>f) Explicar a importância de regras de funcionamento do grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Só uma pessoa fala de cada vez; ▪ Evitar discussões paralelas para que todos possam participar; ▪ Ninguém deve dominar a discussão; ▪ Importância da participação de todos; ▪ Devem manter a atenção e a discussão na temática em questão <p>Apresentação da síntese dos objetivos e desenho da investigação</p> <p>Breve introdução sobre a dotação segura e carga de trabalho de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conceito de dotação segura ▪ Dimensões da dotação segura ▪ Implicações da dotação segura ▪ Carga de trabalho (conceito)

Etapa 2 Objetivo: Apresentar os resultados do estudo sobre os preditores da carga de trabalho dos enfermeiros de família na gestão da doença crónica (resultados do estudo II)	Tempo [15 min.]	
Questão-chave: Apresentação dos resultados do estudo empírico (carga de trabalho do EF na gestão da doença crónica)		
Objetivos específicos	Questões chave	Tópicos a explorar no debate

<p>Conhecer a perceção dos participantes relativamente às dimensões preditoras da carga de trabalho;</p> <p>Validar os preditores da carga de trabalho;</p> <p>Identificar a importância atribuída à determinação da carga de trabalho</p> <p>Identificar a importância atribuída à dotação segura</p>	<p>Considera que as dimensões preditoras refletem o trabalho dos EF para gestão da doença crónica?</p> <p>Que sugestões apresenta para a determinação da CT dos EF para a gestão da doença crónica?</p> <p>Identifica como pertinente a determinação da CT para a gestão da doença crónica?</p> <p>Em que medida considera que a carga de trabalho pode condicionar o desempenho do EF na gestão da DC?</p>	<p>Que motivos o levariam a determinar a carga de trabalho do EF na gestão da DC?</p> <p>Para que serve a determinação da CT na GDC?</p> <p>Que vantagens considera ter se saber a carga de trabalho na gestão da doença crónica?</p> <p>Conhecer as cargas de trabalho dos EF interessa sobretudo a quem?</p> <p>Considera importante a determinação da carga de trabalho dos EF?</p> <p>Na sua opinião a avaliação da CT dos EF serve para quê?</p>
--	---	---

Papel do moderador:

- a) Colocar a questão-chave inicial para debate
- b) Garantir a participação de todos
- c) Facilitar o processo de discussão
- d) Estimular e incentivar a participação utilizando perguntas como “qual?”, “o quê?”, “como?”, “onde?”, “porquê?”
- e) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar
- f) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema
- g) Explorar ao máximo o tópico antes que o grupo siga a discussão
- h) Fazer uma síntese da discussão já efetuada

<p>Etapa 3</p> <p>Objetivo: Nomear as implicações da carga de trabalho, face aos resultados do estudo, na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem na pessoa com doença crónica</p>		<p>Tempo [20 min.]</p>
<p>Questão-chave: Reflexão sobre os resultados do estudo e a qualidade e segurança dos cuidados</p>		
<p>Objetivos específicos</p>	<p>Questões chave</p>	<p>Tópicos a explorar no debate</p>
<p>Conhecer as implicações da carga de trabalho nos cuidados de enfermagem</p>	<p>Que relação estabelece entre a carga de trabalho e a segurança dos cuidados de enfermagem?</p> <p>Que relação estabelece entre a carga de trabalho e a qualidade dos cuidados?</p> <p>No seu entendimento considerar existir alguma relação entre a omissão dos</p>	

	cuidados e a carga de trabalho?	
<p>Papel do moderador:</p> <p>g) Colocar nova questão para debate e procurar seguir o rumo natural das discussões</p> <p>h) Garantir de novo a participação de todos</p> <p>i) Facilitar o processo de discussão</p> <p>j) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar</p> <p>k) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema</p> <p>l) Fazer uma síntese da discussão já efetuada</p>		

<p>Etapa 4</p> <p>Objetivo: Apresentar proposta de algoritmo para o cálculo do número de horas de cuidados dos EF na gestão da DC</p>		Tempo [20 min.]
<p>Questão-chave: Apresentação e discussão do algoritmo</p>		
Objetivos específicos	Questões chave	Tópicos a explorar no debate
<p>Apresentar proposta de algoritmo construída</p> <p>Clarificar os pressupostos apresentados na proposta;</p>	<p>Considera que o esboço apresentado dá resposta às necessidades identificadas?</p> <p>Que pressupostos propõem para melhorar a proposta? (apresentar os esboços construídos)</p>	<p>Que fases do processo de construção considera mais relevante?</p> <p>Que processos de construção gostaria de acrescentar?</p> <p>Que dimensões considera que podem ter influência positiva ou negativa no esboço apresentados?</p>
<p>Divulgar as diferentes fases de construção da matriz</p>	<p>Das fases apresentadas quais considera ter sido a mais relevante para a construção da matriz?</p>	<p>Que aspeto considera importante que não foi explorado?</p>
<p>Obter contributos à definição do algoritmo</p>	<p>Que pontos fortes e fracos estão refletidos no algoritmo</p> <p>Que sugestões apresenta para a definição do algoritmo?</p>	<p>Quais os pontos fortes que identifica em relação aos pressupostos apresentados?</p> <p>Que pontos fracos identifica nos pressupostos apresentados?</p>
<p>Conhecer que benefícios poderão surgir com o uso do algoritmo</p>	<p>Considera que o algoritmo trará benefícios para a gestão dos cuidados?</p> <p>Considera que o algoritmo poderá permitir melhorar o dimensionamento da equipa de enfermagem.</p> <p>Considera que o algoritmo poderá trazer contributos</p>	<p>Que benefícios poderá a matriz trazer para o cálculo da dotação segura?</p>

	para a melhoria organizacional das unidades funcionais?	
<p>Papel do moderador:</p> <p>m) Colocar nova questão para debate e procurar seguir o rumo natural das discussões</p> <p>n) Garantir de novo a participação de todos</p> <p>o) Facilitar o processo de discussão</p>		

<p>Etapa 5</p> <p>Objetivo: Apresentar a proposta de matriz de dotação segura dos enfermeiros de família para a gestão da pessoa com doença crónica</p>		Tempo [15 min.]
<p>Questão-chave: Apresentação e discussão da matriz</p>		
Objetivos específicos	Questões-chave	Tópicos a explorar no debate
Conhecer a tomada de decisão sobre o processo de construção da matriz	<p>Que contributo considera que pode dar a este processo de construção</p> <p>Concorda com a proposta apresentada?</p> <p>Que sugestões gostaria de acrescentar?</p> <p>Na generalidade que apreciação faz da matriz construída?</p>	Que dimensões acrescentaria?
<p>Papel do moderador:</p> <p>p) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar</p> <p>q) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema</p> <p>r) Fazer uma síntese da discussão já efetuada</p> <p>s) Colocar nova questão para debate e procurar seguir o rumo natural das discussões</p> <p>t) Garantir de novo a participação de todos</p> <p>u) Facilitar o processo de discussão</p> <p>v) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar</p> <p>x) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema</p> <p>z) Fazer uma síntese da discussão já efetuada</p>		

Etapa 6		
Objetivo: Conhecer a opinião dos participantes sobre o evento		Tempo [5 min.]
Questão-chave: Reflexão sobre a condução do grupo focal		
Objetivos específicos	Questões-chave	Tópicos a explorar no debate
Avaliar a sessão; Identificar aspetos da discussão foi considerado mais importante	Considera que o grupo focal permitiu dar resposta aos objetivos colocados? Considera que as suas opiniões foram tidas em consideração? Voltaria a participar num evento identico?	Apontem o que consideraram mais importante ao longo deste momento Enfatize o interesse ou a importância do tema Considerou o assunto complexo
Finalizar a sessão	Após este período de discussão, gostaríamos que cada uma fizesse uma declaração final sobre o tema – dotação segura de enfermeiros de família para a gestão da doença crónica.	
Papel do moderador:		
s) Colocar nova questão para debate e procurar seguir o rumo natural das discussões t) Garantir de novo a participação de todos u) Facilitar o processo de discussão v) Incentivar o debate de modo a abordar ou aprofundar os tópicos a explorar x) Intervir apenas se algum participante se desviar do tema z) Fazer uma síntese da discussão já efetuada		

Apêndice 7 – Guião de observação da sessão – Grupo Focal

Guião de observação da sessão

Sessão n.º __

Local	
Data/dia/hora	
Condições do local	
Nº Participantes	
Disponibilidade dos participantes	
Empatia com o moderador	
Observação geral da sessão	
Tempo da sessão	
Outras notas	

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde