

Estimativa de utilização e custos do cuidado ambulatorio privado de enfermagem

Aurora Gonçalves Moreira
Carla dos Santos Silva
Patrícia Ribeiro Almeida
José Ignacio Guinaldo Martín

Esta publicação surge no âmbito da Investigação em Gerontologia, pela *Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos* (UNIFAI).

<http://www.unifai.eu>

<http://www.ideg.com.pt>

Esta publicação é protegida pelas leis internacionais de © copyright
Todos os direitos reservados pelo autores da publicação.

UNIFAI

Universidade do Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Largo Prof. Abel Salazar, 2

4099-003 Porto Portugal

T.: 222 062 200 Ext. 274

F.: 222 062 232

sec.virtual@unifai.eu

Agradecimentos

Este trabalho representa a conclusão de um objectivo que os investigadores se propuseram e que não seria possível sem a colaboração da *Associação de Socorros Mútuos de Nossa Senhora da Esperança*.

Índice

1. Utilização e custos do cuidado ambulatório	5
2. Objectivos do projecto	5
3. Metodologia	5
3.1. Amostra inquirida	5
3.2. Recolha de dados	6
3.3. Instrumentos de recolha de dados	6
3.3.1. Itens de identificação e contexto	6
3.3.2. Estado de saúde e utilização de serviços de saúde	6
3.3.3. Utilização de serviços	7
3.3.4. Avaliação das necessidades de enfermagem	7
3.3.5. Avaliação da opinião	7
4. Análise de resultados	8
4.1. Estratégia de análise	8
4.2. Análise global por áreas	8
4.2.1. Contexto	8
4.2.2. Estado de saúde e utilização de serviços	9
4.2.3. Utilização dos serviços da instituição	12
4.2.4. Necessidades de enfermagem	12
4.2.5. Avaliação da opinião	14
5. Estimativas e tipologias de serviço de enfermagem	15
6. Cenários	16
6.1 Estimativas de custos relativos a recursos humanos e transporte	16
6.2 Cenários de custos do serviço e do custo para o utente	17
7. Considerações finais	18
8. Bibliografia	19

1. UTILIZAÇÃO E CUSTOS DO CUIDADO AMBULATÓRIO

O presente projecto foi realizado na *Associação de Socorros Mútuos Nossa Senhora da Esperança* (ANSE), localizada em Sandim, Vila Nova de Gaia. Esta associação tem como missão dar resposta às necessidades sentidas pelos utentes na área da saúde e na assistência social, prosseguindo ainda, fins de protecção social e de promoção da qualidade de vida, através da organização e gestão de equipamentos e serviços de apoio social, moral, intelectual, cultural e físico dos utentes e suas famílias.

A sua área de acção compreende as freguesias do concelho de Vila Nova de Gaia bem como as freguesias de Sanguedo, Argoncilhe, Vila Maior, Fiães, Lourosa, Santa Maria de Lamas, S. Jorge, Gião, Guisande, Louredo, Vale e Canedo, do Concelho Santa Maria da Feira e Lomba do Concelho de Gondomar. Esta área de actuação é muito heterogénea, havendo locais urbanos como Lourosa e Fiães, outros periurbanos como Santa Maria de Lamas e os restantes são zonas rurais. As freguesias de Lomba (86,1), Vale (75,6) e Louredo (74,6) são as que apresentam um índice de envelhecimento mais elevado, contudo têm um valor inferior à média de Portugal (102,2) (INE, 2001).

2. OBJECTIVOS DO PROJECTO

Este projecto tem como objectivos específicos

1. Avaliar as necessidades de enfermagem dos utentes que usufruem de *Serviço de Apoio Domiciliário* (SAD) e *Centro de Dia* (CD),
2. Estudar a capacidade financeira dos utentes para a utilização de um serviço de enfermagem em sistema de ambulatório,
3. Estimar a disponibilidade para requererem o cuidado ambulatório de enfermagem; e por último,
4. Criar cenários económico-financeiros relativamente ao serviço de cuidado ambulatório que se deseja implementar.

3. METODOLOGIA

3.1. Amostra inquirida

Para a composição final da amostra foi utilizada uma amostragem aleatória simples no universo dos utentes da ANSE. A amostra teve uma totalidade de 40 indivíduos entre utentes de SAD e CD. Destes 40 utentes, 25 são do CD e 15 são do SAD.

Tabela 1 - Distribuição de indivíduos por género e faixa etária

	Feminino	Masculino	Total
< 65 anos	2	6	8
[65-84] anos	20	7	27
> 85 anos	5	0	5
Total	27	13	40

3.2. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através do contacto pessoal tanto no domicílio como nas instalações do CD. Ao preceder a entrega do protocolo, foram explicados os objectivos do estudo e as circunstâncias respeitantes à recolha de informação, inicialmente à associação em causa e posteriormente a cada indivíduo inquirido e/ou familiar. Foram também garantidos a reserva e o sigilo dos dados recolhidos a todos os participantes do estudo.

3.3. Instrumentos de recolha de dados

O instrumento utilizado para a recolher os dados necessários foi construído um protocolo com os seguintes instrumentos

3.3.1. Itens de identificação e contexto

a) Questionário de identificação sócio-demográfica e habitacional

Este questionário é constituído por nove itens e pretende realizar a recolha de dados sócio-demográficos e habitacionais referentes ao nome, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, endereço, contactos, número de utente, nome do médico assistente, nome do enfermeiro assistente.

b) Questionário de identificação sócio-económica

Este questionário é constituído por seis itens e tem como objectivo realizar a caracterização económica do agregado familiar e do próprio, para além da cobertura de saúde e tipo de pensão/subsídio que usufrui.

3.3.2. Estado de saúde e utilização de serviços de saúde

a) Questionário sobre as patologias

Este instrumento é composto por um único item, onde o indivíduo indica as suas patologias. Na análise dos dados cabe ao investigador inserir no protocolo os códigos respectivos às patologias, segundo a *Classificação de Cuidados de Saúde Domiciliário* (HHCC).

b) Questionário de utilização dos serviços de saúde

Este instrumento é composto por sete itens e refere-se ao número de vezes que o indivíduo necessitou de cuidados médicos, de enfermagem e de urgência nos últimos três meses. Neste questionário indica-se a instituição e o profissional que assistiu o utente, a causa, o tratamento e a resolução do problema para cada uma das três situações mencionadas.

c) Índice de Katz de avaliação funcional (Katz *et al.*, 1963; Martín *et al.*, 2007)

Este índice avalia a realização das Actividades da Vida Diária Básicas (AVDB) necessárias para a independência do auto-cuidado (lavar-se, vestir-se, utilização da sanita, mobilidade, controlo esfíncteriano e alimentação). A sua deterioração implica a necessidade de ajuda por parte de outras pessoas. O ponto de corte utilizado é a obtenção de 0 pontos, no caso de ser totalmente dependente e 6 pontos, no caso de ser totalmente independente.

d) Escala de avaliação das actividades instrumentais da vida diária (Lawton & Brody, 1969; Martín et al., 2007)

Esta escala avalia a realização das actividades instrumentais da vida diária (AIVD). É constituída por oito itens: capacidade de utilização do telefone, fazer compras, prepara refeições, cuidar da casa, lavar roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro. Considera-se que o indivíduo tem uma incapacidade, quando obtém uma pontuação igual ou superior a 1.

e) Questionário sobre indicadores de risco geriátrico (Martín et al., 2007)

Este questionário é constituído por sete itens discretos que avaliam os distúrbios nutricionais, polifarmácia, quedas, incontinência urinária, obstipação, distúrbios sensoriais da audição e visão e distúrbios de sono. Neste protocolo apenas foram avaliados os cinco primeiros itens.

f) Auto avaliação do estado de saúde

Consiste num item discreto em que o indivíduo deverá assinalar a resposta mais adequada ao seu caso quando lhe é questionado sobre como considera a sua saúde em geral. O tipo de resposta está desenvolvido em forma de escala de Likert de cinco pontos.

3.3.3. Utilização de serviços

a) Questionário sobre a utilização de serviços

O indivíduo indica que tipo de resposta que usufrui de acordo com o serviço que lhe é prestado.

3.3.4. Avaliação das necessidades de enfermagem

a) Tabela de registo de necessidades de enfermagem

Esta tabela de registo é preenchida pelos investigadores após a aplicação do protocolo e tendo por base as patologias, as escalas de avaliação funcional e os indicadores de risco geriátrico. Estas necessidades serão traduzidas em forma de códigos da Classificação de Cuidados de Saúde Domiciliário (HHCC).

3.3.5. Avaliação da opinião

a) Questionário de avaliação do serviço de enfermagem ao domicílio

Este é composto por cinco itens que se referem à necessidade de ter apoio de enfermagem no domicílio, indicação da regularidade semanal, presença do enfermeiro em situação de urgência, contacto telefónico com um enfermeiro em caso de dúvida ou urgência e disposição para pagar o serviço.

b) Avaliação da instituição

Consiste num item discreto em que o indivíduo deverá assinalar a resposta que mais se adequa quanto à satisfação pelo serviço prestado pela Associação. O tipo de resposta está desenvolvida em forma de escala de Likert de cinco pontos. Por fim existem duas questões de resposta aberta onde é solicitado a indicar aspectos positivos e negativos da Associação relativamente à sua prestação de cuidados.

4. ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1. Estratégia de análise

Realizou-se uma análise da totalidade da amostra por meio de uma estratégia de estatística descritiva.

4.2. Análise global por áreas

A análise incidiu sobre cinco áreas que se apresentam na *Tabela 2*.

Tabela 2 - Áreas analisadas

Áreas
1. Identificação e contexto (dados sócio-demográficos, habitacionais e económicos)
2. Estado de saúde e utilização de serviços de saúde
3. Utilização de serviços da instituição
4. Avaliação das necessidades de enfermagem
5. Avaliação da opinião

4.2.1. Contexto

a) Análise dos dados sócio-demográficos e habitacionais

A amostra é maioritariamente do sexo feminino, correspondendo a 67% do total de indivíduos. Cerca de 76% da amostra é residente do Concelho de Vila Nova de Gaia enquanto 24% residem no concelho de Santa Maria da Feira. Relativamente à faixa etária a maioria dos indivíduos têm idade compreendida entre os 75 e 84 anos correspondendo a 50%, de 65 a 74 anos corresponde a 26% e dos 55 aos 64 anos corresponde 12% do total da amostra. A idade média da faixa etária é 74.15 anos. Cerca de 43% da amostra frequentou a escola até ao ensino primário e o restante não completou o ensino primário ou não frequentou a escola.

b) Análise dos dados sócio-económicos

A maior parte dos indivíduos tem rendimentos inferiores a 500 €, sendo que 19 (48,0%) recebe de 300 a 500€ e 11 (28%) recebe menos de 300€ por mês. Os rendimentos médios dos participantes são de 388,6 € enquanto os do agregado familiar são de 655,6 €.

Tabela 3 - Dados sócio-económicos

Rendimentos (€)	n (%)
< 300 €	11 (28,0%)
[300 - 500] €	19 (48,0%)
]500 - 700] €	8 (21,0%)
> 700 €	1 (3,0%)

4.2.2. Estado de saúde e utilização de serviços

a) Análise das patologias

A Tabela 4 evidencia as patologias e as limitações físicas e intelectuais dos inquiridos. Das componentes avaliadas a mais verificada pelos investigadores foi a componente do auto-cuidado com 27 pessoas (67,5%). As restantes componentes que mais se destacaram, com mais de 16 pessoas (40,0%), foram as componentes actividade com 23 pessoas (57,5%), eliminação intestinal com 21 pessoas (52,5%), cardíaco com 18 pessoas (45,0%), medicamentoso com 16 pessoas (40,0%) e eliminação urinária com 24 pessoas (60,0%).

Tabela 4. Identificação das principais condições patologias

Componente e subcategorias	n (%)	Componente e subcategorias	n (%)
A – Actividade	23 (57,5%)	N – Segurança	1 (2,5%)
A.1.1.Intolerância à actividade	1 (2,5%)	N.33.1.Risco de aspiração	1 (2,5%)
A.1.2.Risco de intolerância à actividade	1 (2,5%)	O – Auto-cuidado	27 (67,5%)
A.1.3.Défice de actividade de diversão	1 (2,5%)	O.35.Défice de higiene/banho	25 (62,5%)
A.1.5.Mobilidade física prejudicada	19 (47,5%)	O.36.Défice em vestir-se	23 (57,5%)
A.2.Músculo-esquelético alterado	9 (22,5%)	O.37.Défice de alimentação	6 (15,0%)
B – Eliminação Intestinal	21 (52,5%)	O.38.Défice de auto-cuidado	16 (40,0%)
B.3.1.Incontinência intestinal	9 (22,5%)	O.38.1. AVD Instrumental	6 (15,0%)
B.3.2.Constipação colónica (obstipação)	10 (25,0%)	O.39. Défice de toilette	14 (35,0%)
B.3.4.Impactação de fezes	4 (10,0%)	P – Auto-conceito	3 (7,5%)
B.3.5.Constipação percebida	10 (25,0%)	P.43.Auto conceito alterado	1 (2,5%)
C – Cardíaco	18 (45,0%)	P.43.1.Distúrbio de imagem corporal	2 (5,0%)
C.5.Débito cardíaco alterado	9 (22,5%)	P.43.4.Distúrbio auto estima situacional	1 (2,5%)
C.6.Cardiovascular alterado	8 (20,0%)	Q – Sensorial	14 (35,0%)
C.6.1.Pressão sanguínea alterada	12 (30,0%)	Q.44.1.Audição alterada	2 (5,0%)
D – Cognitivo	8 (20,0%)	Q.44.6.Negligência unilateral	4 (10,0%)
D.7.Cerebral alterado	8 (20,0%)	Q.44.7.Visão alterada	5 (12,5%)
E – Coping	0 (0,0%)	Q.45.1.Dor aguda	1 (2,5%)
F – Volume de líquidos	0 (0,0%)	Q.45.2.Dor crónica	3 (7,5%)
G – Comportamento de saúde	0 (0,0%)	R – Integridade de pele	9 (22,0%)
H – Medicamentoso	16 (40,0%)	R.46.Integridade de pele alterada	1 (2,5%)
H.21.1.Polifármacos	16 (40,0%)	R.46.1.Integridade de pele prejudicada	1 (2,5%)
I – Metabólico	10 (25,0%)	R.46.3.Risco integridade pele prejudicada	7 (17,5%)
I.22.Endócrino alterado	10 (25,0%)	S – Perfusão tissular	0 (0,0%)
J – Nutricional	10 (25,0%)	T – Eliminação urinária	24 (60,0 %)
J.24.2.Risco de défice nutrição corporal	1 (2,5%)	T.49.Eliminação urinária alterada	10 (25,0%)
J.24.3.Excesso de nutrição corporal	4 (10,0%)	T.49.1.Incontinência urinária funcional	10 (25,0%)
J.24.4.Risco excesso de nutrição corporal	5 (12,5%)	T.49.4.Incontinência urinária total	9 (22,5%)
K – Regulação física	5 (12,5%)	T.49.5.Incontinência urinária de urgência	7 (17,5%)
K.25.5.Risco de infecção	5 (12,5%)		
L – Respiratório	3 (7,5%)		
L.26.Respiração alterada	2 (5,0%)		
L.26.1.Limpeza vias aéreas prejudicadas	1 (2,5%)		
L.26.2.Padrão respiratório prejudicado	1 (2,5%)		
M – Papel e relacionamento	2 (5,0%)		
M.28.1.Comunicação verbal prejudicada	2 (5,0%)		

b) Análise da utilização dos serviços de saúde

Quando questionados acerca da utilização de serviços médicos, 16 indivíduos (40,0%) relataram que nos últimos três meses não haviam tido necessidade de serviços médicos, enquanto 21 (52,0%) recorreram aos serviços de uma a cinco vezes e 3 (8,0%) mais de cinco vezes. Dos indivíduos que necessitaram dos serviços médicos, 14 (58,0%) sentiram que o problema ficou resolvido.

Tabela 5 - Utilização de serviços de saúde.

Utilização de serviços de saúde	n (%)	Problema resolvido? n (%)	
Serviços médicos			
0 vezes	16 (40,0%)	Sim	14 (58,0%)
1-5 vezes	21 (52,0%)	Não	26 (42,0%)
Mais de 5 vezes	3 (8,0%)		
Serviços de enfermagem			
0 vezes	28 (70,0%)	Sim	10 (83,0%)
1-5 vezes	10 (25,0%)	Não	2 (17,0%)
Mais de 5 vezes	2 (5,0%)		
Serviços de urgência			
0 vezes	34 (85,0%)	Sim	4 (67,0%)
1-5 vezes	6 (15,0%)	Não	2 (33,0%)
Mais de 5 vezes	0 (0,0%)		

Relativamente aos serviços de enfermagem, 28 indivíduos (70,0%) não necessitaram deste tipo de serviços, enquanto 10 (25,0%) recorreram a estes de uma a cinco vezes e apenas 2 (5,0%) necessitaram de serviços de enfermagem mais de cinco vezes, nos últimos três meses. Daqueles que necessitaram do serviço, 10 (83,0%) afirmam que o problema ficou resolvido.

A utilização dos serviços de urgência também foi avaliada, tendo-se verificado que 34 indivíduos (85,0%) não necessitaram destes serviços, enquanto 6 (15,0%) necessitaram de uma a cinco vezes, nos últimos três meses. Dos indivíduos que necessitaram deste serviço, 4 (67,0%) pensam que o problema foi resolvido.

c) Análise dos resultados do Índice de Katz e da Escala de Atividades de Vida Instrumental

Na Tabela 6, a avaliação da funcionalidade relativamente às atividades de vida diária básicas evidencia que a grande maioria dos indivíduos inquiridos são dependentes, com 85% do total de indivíduos dependentes. A média das pontuações resultantes da aplicação da Índice de Katz apresenta uma pontuação intermédia (3,4 pontos) relativamente à pontuação máxima (6 pontos).

Tabela 6 - Avaliação da funcionalidade em atividades de vida diária básicas e instrumentais

Avaliação da funcionalidade em atividades de vida diária básicas (<i>Índice de Katz</i>)	
Total de indivíduos independentes, n (%)	Total de indivíduos dependentes, n (%)
6 (15,0%)	34 (85%)
Avaliação da funcionalidade em atividades de vida diária instrumentais (<i>Lawton and Brody</i>)	
Total de indivíduos independentes, n (%)	Total de indivíduos dependentes, n (%)
1 (2,5%)	39 (97,5%)

A avaliação da funcionalidade relativamente às actividades de vida diária instrumentais indica que existe apenas um indivíduo com independência total, sendo os restantes indivíduos dependentes neste tipo de actividades. A média das pontuações resultantes da aplicação da Lawton and Brody demonstra um resultado bastante abaixo (2,5 pontos) do nível máximo da pontuação (8 pontos).

d) Análise dos indicadores de risco geriátrico

Os indicadores de risco geriátrico revelaram que 19 indivíduos (47,0%) têm um peso saudável, enquanto 13 (33,0%) têm excesso de peso e 6 (15,0%) são mesmo obesos. Estes dados indicam que mais de metade dos indivíduos têm distúrbios nutricionais que proporcionam risco à saúde. A maioria dos indivíduos (70,0%) considerou não haver alterações no seu peso, 25,0% considerou que tinha perdido peso e 5,0% que tinham aumentado de peso.

Tabela 7 - Indicadores de risco geriátrico.

Indicadores de risco geriátrico	n (%)
Distúrbios Nutricionais	
Alteração de peso	
Sem alteração	28 (70,0%)
Perda de peso	10 (25,0%)
Ganho de peso	2 (5,0%)
IMC	
Magreza (< 18,5 Kg/m ²)	2 (5,0%)
Peso saudável (18,5 a 24,9 Kg/m ²)	19 (47,0%)
Excesso de peso (25 a 29,9 Kg/m ²)	13 (33,0%)
Obesidade (30 a 39,9 Kg/m ²)	6 (15,0%)
Obesidade mórbida (≥ 40 Kg/m ²)	0 (0,0%)
Medicação	
0 medicamentos	3 (8,0%)
1 - 5 medicamentos	19 (49,0%)
Mais de 5 medicamentos	17 (43,0%)
Quedas	
Quedas	12 (30,0%)
Medo de cair	30 (75,0%)
Deixar de fazer actividades	20 (50,0%)

Indicadores de risco geriátrico	n (%)
Incontinência urinária	
Incontinência urinária	26 (67,0%)
Incontinência de urgência	23 (59,0%)
Incontinência por esforço	24 (62,0%)
Obstipação	
Obstipação	21 (54,0%)

Sendo a polimedicação considerada, hoje em dia, um dos potenciais riscos para os idosos, nesta amostra encontra-se representada em 17 indivíduos (43,0%), que tomam mais de 5 medicamentos diferentes por dia. 3 indivíduos (8,0%) revelaram não tomar qualquer medicação e 19 (49,0%) tomam de 1 a 5 medicamentos diferentes por dia. Os dados mostram ainda que nos últimos seis meses 12 indivíduos (30,0%) da amostra efectuaram quedas. Embora a maioria não refira ter caído, 30 (75,0%) admite ter medo de cair e 20 (50,0%) deixaram mesmo de realizar algumas actividades devido a esse medo. Relativamente à incontinência urinária, 26 indivíduos (67,0%) já teve alguma perda de urina sem estar a contar. Destes, 23 (59,0%) revelaram ter incontinência de urgência, ou seja, tiveram uma vontade repentina de urinar mas não chegaram a tempo à casa de banho e 24 (62,0%) revelaram ter incontinência por esforço, ou seja, já tiveram perda de urina quando tossiram ou riram. A obstipação é outro dos problemas que atingem os idosos, estando presente em 21 indivíduos (54,0%).

f) Análise da auto-avaliação do estado de saúde

A avaliação do estado de saúde realizada pelos próprios inquiridos demonstrou que 42,0% dos indivíduos consideram-na razoável, seguido de 25,0% de indivíduos que consideram a sua saúde como *Boa*.

Tabela 8 - Auto-avaliação do estado de saúde

Avaliação	n (%)
Boa	10 (25,0%)
Razoável	17 (42,0%)
Má	8 (20,0%)
Muito má	5 (13,0%)

4.2.3. Utilização dos serviços da instituição

a) Análise da utilização de serviços

A *Tabela 9* evidencia que 62% dos inquiridos usufruem do CD (25 pessoas) e 38 % do SAD (15 pessoas), essencialmente transporte (CD), alimentação e higiene (em ambos). Sendo que 42% , 17 pessoas corresponde ao CD de Sandim, e um 25%, que corresponde a 10 pessoas ao SAD de Sandim, 20% ao CD de Olival (8 pessoas) e 13% ao SAD de Olival (5 pessoas).

Tabela 9 - Utentes por valência.

Centro de dia n (%)	SAD n (%)
25 (62%)	15 (38%)

4.2.4. Necessidades de enfermagem

A *Tabela 10* evidencia os resultados obtidos sobre as necessidades de enfermagem. Das componentes avaliadas, relativamente às necessidades de enfermagem, a mais verificada pelos investigadores foi a componente regulação física com 31 (77,5%) indivíduos afectados. Em seguida, as restantes componentes mais verificadas foram as componentes actividade 22 (55%), auto-cuidado 19 (47,5%) e eliminação intestinal 16 (40%).

Numa análise criteriosa pela gravidade das necessidades de enfermagem encontradas nos utentes da amostra, os investigadores destacam as necessidades de desimpactar, do cuidado cardíaco, de orientar para a realidade, da monitorização dos sinais vitais, do controle de dor, do controle de ruptura de pele e do cuidado de cateter urinário.

Tabela 10 - Necessidades de Enfermagem

Componente e Subcategoria	n (%)	Componente e Subcategoria	n (%)
A - Componente actividade	22 (55%)	K.30. Controle de infecção	2 (5%)
A.1.1. Reabilitação cardíaca	2 (5%)	K.30.1. Precauções universais	3 (7.5%)
A.2. Cuidado de fractura	1 (2.5%)	K.32. Análise de amostras	4 (10%)
A.3. Terapia de mobilidade	4 (10%)	K.32.1. Análise de amostras de sangue	1 (2.5%)
A.3.1. Terapia de deambulação	6 (15%)	K.33. Sinais vitais	22 (55%)
A.3.2. Terapia de aparelho de auxílio	1 (2.5%)	K.33.1. Pressão sanguínea	5 (12.5%)
A.3.3. Cuidar de transferência	7 (17.5%)	K.34. Controle do peso	7 (17.5%)
A.5. Cuidado de reabilitação	3 (7.5%)	L – Componente respiratório	1 (2.5%)
A.5.2 Exercício de reabilitação	5 (12.5%)	L. 35 Cuidado de oxigenoterapia	1 (2.5%)
B - Componente eliminação intestinal	16 (40%)	M – Componente de papel e relacionamento	1 (2.5%)
B.6.1. Treinar intestino	2 (5%)	M.38. Cuidado de comunicação	1 (2.5%)
B.6.2. Desimpactar	13 (32.5%)	N – Componente segurança	0 (0%)
B.7. Cuidado de ostomia	2 (5%)	O - Componente auto-cuidado	19 (47.5%)
C - Componente Cardíaca	12 (30%)	O. Componente auto-cuidado	3 (7.5%)
C. Componente cardíaco	1 (2.5%)	O.43. Cuidado pessoal	11 (27.5%)
C.8. Cuidado cardíaco	11 (27.5%)	O.43.2. Instrumental de actividades da vida diária	1 (2.5%)
D - Componente Cognitiva	14 (35%)	O.44. Cuidado de restrição no leito	1 (2.5%)
D. Componente cognitivo	3 (7.5%)	O.44.1 Terapia de posicionamento	6 (15%)
D.10. Cuidado do comportamento	2 (5%)	P – Componente auto-conceito	3 (7.5%)
D.11. Orientar para a realidade	10 (25%)	P.45. Cuidado de saúde mental	3 (7.5%)
E – Componente Coping	1 (2.5%)	Q - Componente sensorial	10 (25%)
E.13.1. Conforto espiritual	1 (2.5%)	Q.47. Controle de dor	6 (15%)
F - Componente volume de líquidos	4 (10%)	Q.48. Cuidado de conforto	4 (10%)
F.15.2. Ingesta/eliminação	4 (10%)	Q.50. Cuidado de olhos	2 (5%)
G – Componente Comportamento de saúde	1 (2.5%)	R - Componente integridade da pele	14 (35%)
G.21.5. Serviço de fisioterapia	1 (2.5%)	R.51. Cuidado de decúbito	5 (12.5%)
H - Componente medicação	7 (17.5%)	R.51.1. Decúbito estágio 1	1 (2.5%)
H.23. Administração de injeção	1 (2.5%)	R.52. Controle de edema	2 (5%)
H.23.1. Injeção de insulina	5 (12.5%)	R.53. Cuidado com boca	1 (2.5%)
H.24. Administração de medicação	1 (2.5%)	R.54. Cuidado de pele	4 (10%)
I - Componente metabólico	11 (27.5%)	R.54.1. Controle de ruptura de pele	8 (20%)
I.26. Cuidado em reacção alérgica	1 (2.5%)	R.55.2. Trocar curativo	1 (2.5%)
I.27. Cuidado de diabético	10 (25%)	S - Componente perfusão tissular	4 (10%)
J - Componente nutricional	8 (20%)	S.56. Cuidado de pé	1 (2.5%)
J.28. Cuidado de tubo gástrico/nasogástrico	2 (5%)	S.57. Cuidado perineal	4 (10%)
J.29. Cuidado nutricional	3 (7.5%)	T - Componente eliminação urinária	6 (15%)
J.29.4. Dieta especial	3 (7.5%)	T.58. Cuidado de bexiga	1 (2.5%)
K - Componente regulação física	31 (77.5%)	T.58.2. Treinamento de bexiga	1 (2.5%)
		T.60. Cuidado de cateter urinário	4 (10%)

4.2.5. Avaliação da opinião

a) Análise da avaliação do serviço de enfermagem ao domicílio

Necessidade do serviço de enfermagem

Do total da amostra, 50% (n=20) considera que não necessita do serviço de enfermagem enquanto os restantes 50% (n=20) consideram que necessitam. Ao observar que metade da amostra indica ter necessidade de um serviço de enfermagem, os investigadores consideram ser um valor elevado para esta necessidade.

Enfermeiro em situações de urgência e contacto via telefónica

Quando questionados sobre se gostariam de ter sempre disponível um enfermeiro em situações de urgência e se gostariam de contactar com o enfermeiro via telefónica, 80% (n=32) da amostra respondeu que sim e os restantes 20% (n=8) disseram que não. O facto de mais de metade da amostra referir ter necessidade deste serviço de urgência e de contacto telefónico, os investigadores consideram ser um resultado bastante elevado.

Número de vezes que gostariam que o enfermeiro fosse ao domicílio

Do total de inquiridos, 50% (n=20) considera não necessitar de nenhuma visita do enfermeiro ao domicílio, estes valores correspondem aos indivíduos que indicaram não necessitarem de serviços de enfermagem; 30% (n = 12) consideraram útil a presença do enfermeiro no domicílio uma vez por semana; 10% (n =4) diariamente; 5% (n =2) da amostra não soube responder e os restantes 5% correspondem à necessidade de ter o enfermeiro duas vezes por semana 2% (n = 1) e de 15 em 15 dias 3% (n =1). Dada a frequência apresentada pelos indivíduos que sentiam necessidade do serviço de enfermagem, pelo menos uma vez por semana, torna-se claro para os investigadores o valor da sua relevância.

Preço que estão dispostos a pagar

O inquérito demonstrou que 55% (n = 22) dos inquiridos não estão dispostos a pagar; 30% (n=12) não sabe quanto poderia despende para usufruir do serviço; dos dispostos a pagar, 10% (n=4) estariam dispostos a pagar menos de 40€ por mês, enquanto 5% (n=10) estariam dispostos a pagar mais de 40€ por mês.

Tabela 11 - Necessidade do serviço de enfermagem

Necessidade do serviço de enfermagem		Necessidade do serviço de enfermagem	
Resposta	n (%)	Valor que estão dispostos a pagar	
Sim	20(50%)	Não estão dispostos	22 (55%)
Não	20 (50%)	Não sabe	12 (30%)
Enfermagem em situações de urgência e por via telefónica		<40 €	4 (10%)
Sim	32 (80%)	>40€	2 (5%)
Não	8 (20%)	Satisfação com a Associação	
Número de vezes que gostariam que o enfermeiro fosse ao domicílio		Muito Bom	10 (25%)
Não sabe	2 (5%)	Bom	26 (65%)
Nenhuma	20 (50%)	Razoável	3 (7%)
Diariamente	4 (10%)	Má	1 (3%)
1 Vez/semana	12 (30%)	Muito Má	0 (0%)
2 Vezes/semana	1 (2%)		
De 15 em 15 dias	1 (3%)		

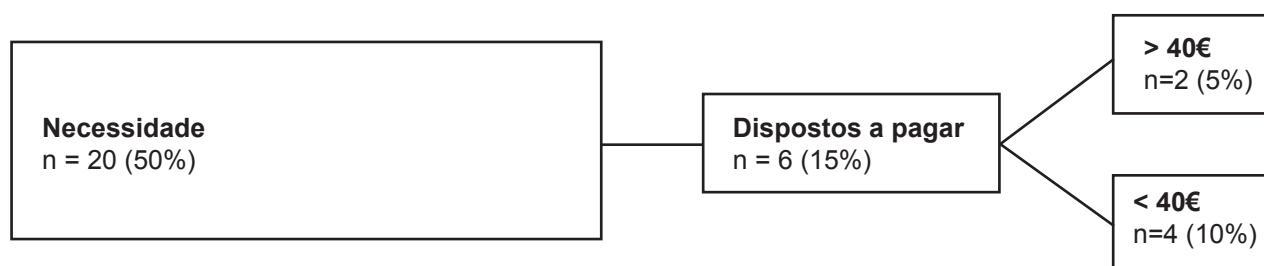
b) Análise da instituição

Um percentagem de 65 % (n = 26) da amostra avalia o serviço que lhe é prestado como Bom, 25% (n = 10) como Muito Bom, 7 % (n=3) como Razoável e 3% (n=1) Má.

5. ESTIMATIVA DE UTILIZAÇÃO E TIPOLOGIAS DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

O esquema que se segue refere-se às principais necessidades de enfermagem verificadas através da implementação do protocolo de avaliação de necessidades e a disposição dos inquiridos para pagar o serviço.

Esquema 1 - Estrutura da estimativa de utilização e tipologias de serviços de enfermagem



Principais serviços de enfermagem	Valores (n)	Valores (%)
Sinais vitais	n = 22	55,0 %
Desimpactar	n = 13	32,5 %
Cuidado cardíaco	n = 11	27,5 %
Cuidado pessoal	n = 11	27,5 %
Orientar para a realidade	n = 10	25,0 %
Cuidado do diabético	n = 10	25,0 %
Controlo da ruptura da pele	n = 8	20,0 %
Cuidado de transferência	n = 7	17,5%
Controlo do peso	n = 7	17,5%
Terapia de deambulação	n = 6	15,0 %
Terapia de posicionamento	n = 6	15,0 %
Controlo da dor	n = 6	15,0 %

Do total da amostra 50% sente necessidades de enfermagem e como tal do serviço a implementar. Das necessidades mais verificadas destacam-se os sinais vitais, o desimpactar, o cuidado cardíaco e o cuidado pessoal. Dos indivíduos que referiram necessitar do serviço, 15% encontra-se disposto a pagar pelo serviço prestado, sabendo que destes 5% pagaria mais de 40€ por mês enquanto os restantes 10% disponibilizaria menos de 40€ por mês.

6. CENÁRIOS

Seguidamente serão analisadas estimativas de custos relativos a recursos humanos e transporte imprescindíveis à implementação do serviço.

6.1 Estimativas de custos relativos a recursos humanos e transporte

A próxima tabela refere-se aos custos mensais que a entidade promotora do serviço terá de dispensar na remuneração dos recursos humanos envolvidos.

Tabela 13 - Custos mensais dispensados aos Recursos Humanos

Recursos Humanos (valor mensal)				
	Enfermeiro	Técnico Superior (Gestor)	Técnico Oficial de Contas	Secretário
Salário base	823,29 €	912,54 €	780,02 €	608,01 €
Salário real	794,33 €	873,76 €	755,82 €	602,73 €
Subsídio de alimentação	61,60 €	61,60 €	61,60 €	61,60 €
Higiene e segurança	16,47 €	18,25 €	15,60 €	12,16 €
Seguro	8,23 €	9,13 €	7,80 €	6,08 €
Segurança Social (Entidade empregadora)	161,36 €	178,86 €	152,88 €	119,17 €
Custo total da Entidade empregadora	1070,95 €	1180,37 €	1017,90 €	807,02 €
Situação extraordinária	1007,41 €	0 €	0 €	0 €
Valor de imputação	100%	20%	15%	20%
Custo total com imputação	1070,95 €	236,07 €	152,69 €	161,40 €
Total de Recursos Humanos	1621,12 €			

Para a implementação do serviço foram considerados quatro profissionais essenciais dos quais: enfermeiro, técnico superior (responsável pela gestão), técnico oficial de contas e secretário. O enfermeiro trabalharia a tempo inteiro enquanto o técnico superior e o secretariado trabalhariam 20%. No caso do técnico oficial de contas seria uma imputação de 15%.

A tabela seguinte refere-se aos custos anuais que a entidade promotora terá, caso compre o transporte para que este seja utilizado unicamente pelo enfermeiro.

Tabela 14 - Custos anuais na compra de transporte

Transporte	Compra (valor anual)
Veículo	1.875 €
Manutenção	1.500 €
Combustível	1.208 €
Seguro - Automóvel	300 €
Imposto	250 €
Total	5.133 €

6.2 Cenários de custos do serviço e do custo para o utente

De seguida serão apresentados dois cenários, onde os custos de recursos humanos não variam. A diferença entre os mesmos é a compra ou sinergia da utilização dos transportes.

As próximas tabelas indicam os custos com a implementação de cada cenário.

Cenário 1

Tabela 15 - Custos mensais dispensados pela entidade prestadora de serviços e por cada utente

Custos da Entidade prestadora de serviços (mensal)	
Total de Recursos Humanos	1621,12 €
Custos adicionais	330 €
Compra de transporte (Tabela 19)	427,75 €
Total dos custos	2378,87 €
Custos ao utente (mensal)	
Nº de horas de enfermagem	160 h
Custo do serviço de enfermagem por hora	14,87 €
Margem de comercialização (calculada em 20%)	17,84 €
Total do custo do serviço	71,37 €

Com os recursos humanos considerados e a compra dos transportes a entidade promotora teria o custo mensal de 2378,87 €. Caso este cenário fosse implementado o utente teria de despende mensalmente 71.37 €, para usufruir do serviço 1 vez por semana.

Cenário 2

Tabela 16 - Custos mensais dispensados pela entidade prestadora de serviços e por cada utente

Custos da Entidade prestadora de serviços (mensal)	
Total de Recursos Humanos	1621,12
Custos adicionais	330 €
Valor imputado do transporte já existente (calculado em 30 %)	128,33 €
Total dos custos	2079,45 €
Custos ao utente (mensal)	
Nº de horas de enfermagem	160 h
Custo do serviço de enfermagem por hora	13,00 €
Margem de comercialização (calculada em 20%)	15,60 €

Com os recursos humanos considerados e a sinergia de utilização dos transportes (os enfermeiros juntamente com as ajudantes de acção directa) a entidade promotora teria o custo mensal de 2079.45 €. Caso este cenário fosse implementado o utente teria de despende mensalmente 62.38 € para usufruir do serviço 1 vez por semana.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As bases do presente trabalho foram, em primeiro lugar, a possível prestação complementar dos Serviços Sociais Comunitários por meio da integração do serviço de enfermagem; em segundo lugar, numa possível sinergia na utilização do veículo (unicamente considerada no *Cenário 2*), e por último, no pagamento complementar por parte do usuário deste serviço.

Os dados apontam para a existência duma necessidade real do serviço de enfermagem nas pessoas que usufruem do SAD e CD, que os investigadores calculam ser de 50%. Não obstante unicamente 25% do total encontram-se dispostas a pagar o serviço, sendo que a avaliação do custo feito por os utentes está em qualquer dos cenários por baixo do valor real do serviço.

A conclusão mais relevante destaca a baixa disponibilidade por parte dos utentes para o pagamento extra do *Cuidado Ambulatório em Enfermagem*, que pode estar associado por um lado aos rendimentos relativamente baixos da população inquirida, assim como a uma atribuição errada acerca do custo efectivo dos serviços que lhe são prestados tanto pelo sistema público de saúde, como pelas instituições do sector não-lucrativo.

8. BIBLIOGRAFIA

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2001). *Índices de Envelhecimento do Conselho de Vila Nova de Gaia* [Data file on-line]. Retrieved from <http://www.ine.pt>.

Katz S., Ford, A.B. Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(21), p. 914-919.

Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), p. 179-186.

Marin, H.F (2001). *Classificação do cuidado em saúde domiciliar (HHCC) de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem*. Retrieved from <http://www.sabacare.com/Translations/Portuguese/index.html>.

Martín I., Castro P.C., Duarte M., Almeida, E., Pinto, J.C, Mendes, S., Mourão L. & Correia A.C. (2007). *Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida -75 [RNAR-75]: Índice de Independência de Atividades de Vida Diária de Katz*. Porto. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.

Martín I., Castro P.C., Duarte M., Almeida, E., Pinto, J.C, Mendes, S., Mourão L. & Correia A.C. (2007). *Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida -75 [RNAR-75]: Questionário sobre indicadores de risco geriátrico*. Porto. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.

Martín I.; Castro P.C.; Duarte M.; Almeida, E.; Pinto, J.C; Mendes, S.; Mourão L.; & Correia A.C. (2007). *Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida -75 [RNAR-75]: Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 itens)*. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.

Martín I., Castro P.C., Duarte M., Almeida, E., Pinto, J.C, Mendes, S., Mourão L. & Correia A.C. (2007). *Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida - 75 [RNAR-75]: Escala de Atividades de Vida Instrumental de Lawton e Brody*. Porto. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.

Saba, V. K. (1994). *Home health care classification (HHCC) of nursing diagnoses and interventions*. (Revised). Washington, DC: Author.

Sheikh J.I. & Yesavage J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version, in T. Brink (ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: The Haworth Press, p. 165-173.