

FILIPA NETO

**PADRÕES DE QUALIDADE EM UNIDADES DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PERCEÇÃO
DOS FISIOTERAPEUTAS**

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Costa
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

FILIPA NETO

**PADRÕES DE QUALIDADE EM UNIDADES DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PERCEÇÃO
DOS FISIOTERAPEUTAS**

**Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em
Cuidados Continuados Integrados no Curso de Mestrado em
Cuidados Continuados Integrados, conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.**

Orientadora: Professora Doutora Maria do Céu Costa

Co-orientadora: Mestre Rita Isabel Torres Martins

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

*Bons procedimentos dão mais segurança aos doentes, previnem riscos e garantem
melhores resultados.*

Manuel Delgado

DEDICATÓRIA

À minha grande Amiga Teresa Nabais

Aos meus queridos Filhos Sebastião, Teresa e Luisa

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de agradecer a todos os que me ajudaram a atingir este objetivo.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Maria Do Céu Costa por toda a disponibilidade e orientação neste trabalho, e também por todo o seu incentivo sempre otimista, mesmo nos momentos mais complicados neste caminho.

Agradeço à minha coorientadora Mestre Rita Martins, por ter sido a base e o fio condutor de todo este estudo. Todo o seu tempo e disponibilidade foram determinantes para tornar possível a realização deste estudo.

Agradeço à minha colega e amiga, Doutora Patrícia Almeida, em primeiro lugar, por me ter encaminhado para a realização deste Mestrado, que considero de extrema importância para o meu percurso profissional, e também por todo o apoio que me deu na construção desta Dissertação.

Agradeço a todos os meus grandes amigos que não preciso de mencionar, porque o sabem, por todo o apoio logístico e moral que foi fundamental para levar este projeto até ao fim.

Muito obrigada a todas e todos

Filipa Neto

RESUMO

A Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI) tem como missão *“Prestar os cuidados adequados, de Saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência.”*

Paralelamente, assiste-se a uma crescente preocupação com os padrões de Qualidade nos serviços de saúde, onde se incluem as Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). O âmbito de intervenção na Rede fundamenta-se em três princípios fundamentais: reabilitação, readaptação e reinserção.

Neste contexto planeou-se um estudo com a participação dos Fisioterapeutas, considerando que são profissionais, por excelência, diretamente ligados à reabilitação e conseqüentemente à readaptação e reinserção, assumindo por isso um papel de grande relevo na RNCCI. Sabendo que a sua intervenção tem como objetivo atingir e manter um nível de funcionalidade adequado a cada indivíduo e minimizar a percentagem de dependência através de um plano de intervenção planeado com o utente, realizou-se um estudo descritivo, pois consiste numa investigação aprofundada de um grupo de indivíduos, num número limitado de instituições. Em termos metodológicos, foi utilizado um questionário auto preenchido, construído com base na “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”. A população em estudo foi uma amostra de conveniência, aleatória, composta por 20 fisioterapeutas, aos quais foi aplicado o questionário.

O objetivo do estudo foi proporcionar informação sobre a perceção dos Fisioterapeutas em funções em instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados, relativamente aos padrões de Qualidade praticados. A escolha das unidades de saúde foi feita por conveniência e mediante autorização das respetivas direções.

Concluiu-se que a “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” mede de forma aceitável, nesta amostra, os dois componentes em estudo: “Prestação de Cuidados de Reabilitação” e “Gestão do utente na Unidade”, pelo que podemos utilizar os itens da grelha para constituir variáveis representativas dos dois componentes.

Ambos são bastantes valorizados pelos fisioterapeutas e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a valorização que os fisioterapeutas fazem de cada um dos componentes. A perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo componente “Gestão do utente na Unidade” explica 34,5% da valorização da prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo parâmetro “Prestação de Cuidados de Reabilitação”, de uma forma estatisticamente significativa.

Palavras-Chave: Qualidade, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Fisioterapeutas, Perceção

ABSTRACT

The National Network of Integrated Long-term Care has as mission “To provide proper care, health and social support to all people, regardless of age, who are in a situation of dependency.” Parallel, an increasing concern with the standards of Quality in the health services is attended to it, where are included the Units of Integrated Long-term Care. The scope of intervention in the Network is based on three basic principles: rehabilitation, readjustment and reintegration. In this context, a study with the participation of the Physiotherapists was planned, considering that they are the healthcare professional preferably positioned to deal directly with rehabilitation, and the readjustment plans together with reintegration for an upper excellence level of continuous care achievements, assuming therefore a role of great relief within the Network. Knowing that its intervention has as objective to reach and to keep a level of adequate functionality to each individual as well as to minimize the percentage of dependence through a gliding plan of intervention with the patient, a descriptive study was performed, designed as a case study, therefore consisting of a deepened inquiry of a group of individuals, in a limited number of institutions. In methodological terms, an auto questionnaire was filled, constructed *de novo* on the basis of the “Grid of Evaluation of the Quality of the Units of the National Network of Integrated Long-term Care”. The population in study was a randomized sample of convenience, composed by 20 physiotherapists, whom the questionnaire was applied.

The goal of the study is to provide information on the perception of the Physiotherapists in functions in institutions of the National Network of Long-term care, relatively to the practiced standards of Quality. The choice of the units of health was made by convenience and by means of authorization of the respective directions.

The main conclusions are that the “Grid of Evaluation of the Quality of the Units of the National Network of Integrated Long-term Care” may enable acceptable measurements, as applied in this sample, for the two parameters in study: “Rehabilitation Care Provision” and “Organization and Functioning of the Unit.” Hence, the items of the Grid may be used to constitute representative variables of the two parameters. Both parameters, “Rehabilitation Care Provision” and “Organization and Functioning of the Unit” are sufficiently valued by the physiotherapists and no statistical differences are

detected between the independent valuation that the physiotherapists make of each parameter.

The perception of physiotherapists on the Quality standards as determined by the component "Organization and Functioning of the Unit" explains a statistically significant 34.5% value of daily delivery of health care and rehabilitation programs, determined by the parameter "Rehabilitation Provision"

Key-words: Quality, National Network of Integrated Continued Care, Physiotherapists, Perception

ABREVIATURAS, SIGLAS e SÍMBOLOS

APA – American Psychological Association

Cad. – Cadernos

CCI – Cuidados Continuados Integrados

IQS - Instituto da Qualidade em Saúde

J – Journal

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Lab – Laboratorial

Med – Medicina

NCQA – National Committee for Quality Assurance

Nefrol – Nefrologia

Obstet – Obstetrícia

OMS – Organização Mundial de Saúde

Panam – Panamerican

Pathol – Pathology

Patol – Patologia

Paul – Paulista

Prof – Professor (a)

QdV – Qualidade de Vida

Radiol – Radiologia

Rev – Revista

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sup – Suplemento

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO	
TEÓRICO	20
1.1. Qualidade na Saúde.....	20
1.2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	23
1.2.1. <u>Objetivos específicos da RNCCI</u>	23
1.2.2. <u>Princípios da RNCCI</u>	25
1.2.3. <u>Qualidade e Avaliação da RNCCI</u>	26
1.3. Pertinência do Questionário utilizado.....	28
2. METODOLOGIA	29
2.1. Objetivos.....	29
2.2. Variáveis.....	30
2.3. Amostra.....	30
2.3.1. <u>Caracterização da amostra</u>	30
2.4. Instrumento de recolha de dados e a sua aplicação.....	32
2.5. Tratamento e análise dos resultados.....	34
3. RESULTADOS	36
3.1. Perceção dos Fisioterapeutas relativamente aos padrões de qualidade....	36
3.2. Componentes que os Fisioterapeutas mais valorizam nas Unidades da RNCCI.....	43
3.3. Contributo da avaliação da qualidade das unidades da RNCCI para a melhoria dos cuidados prestados.....	43
3.3.1. <u>Para as variáveis representativas dos dois componentes</u>	44
3.3.2. <u>Relação entre os dois itens do estudo</u>	46
3.4. Consistência dos itens do questionário.....	51
3.4.1. <u>Prestação de cuidados de reabilitação propriamente ditos</u>	51
3.4.2. <u>Gestão do Utente na Unidade</u>	53

4. DISCUSSÃO	55
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	56
6. CONCLUSÃO	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
8. BIBLIOGRAFIA	59

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de Recolha de Dados

Anexo 2 – Instrumento de Recolha de Dados da Mestre Rita Martins

Anexo 3 – Grelha de avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Anexo 4 – Métodos Estatísticos: Fundamentos e Aplicação (Professor Paulo Pereira, Universidade Católica Portuguesa)

Anexo 5 – Correio Eletrónico enviado e recebido das Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Definições de Qualidade nos cuidados de Saúde.....	21
Quadro 2 – Parâmetros/Componentes da “Grelha de Avaliação de qualidade na RNCCI”	33

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Valores médios das frequências na escala de Likert.....	38
Tabela 2 - Intervalos de confiança a 95% para os componentes “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”.....	43
Tabela 3 - Teste K-S: Verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores dos componentes.....	44
Tabela 4 - Correlação de Spearman: Relação entre a “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e a “Gestão do Utente na Unidade”.....	45
Tabela 5 - Teste K-S: Verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores dos itens.....	47
Tabela 6 - Correlação de Spearman: Relação entre os itens da “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” e os itens da “Organização e Funcionamento da Unidade”...	48
Tabela 7 - Estatísticas de consistência interna.....	51
Tabela 8 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Prestação de Cuidados de Reabilitação.....	52
Tabela 9 - Estatísticas de consistência interna.....	53
Tabela 10 - Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Gestão do Utente na Unidade.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Género (Caraterização Sociodemográfica).....	31
Gráfico 2 – Idade (Caraterização Sociodemográfica).....	31
Gráfico 3 – Estado Civil (Caraterização Sociodemográfica).....	31
Gráfico 4 – Habilitações académicas (Caraterização Sociodemográfica).....	31
Gráfico 5 – Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão (Caraterização Sociodemográfica).....	31

Gráfico 6 – Antiguidade na profissão (Caraterização Sociodemográfica).....	31
Gráfico 7 – Antiguidade na organização (Caraterização Sociodemográfica).....	32
Gráfico 8 – Média dos Componentes adaptados da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da RNCCI”	36
Gráfico 9 –Variação dos valores médios observados, organizado pelos dois componentes do questionário.....	40
Gráfico 10 –Gráfico 10. Relação entre os componentes “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”	46

INTRODUÇÃO

A evolução e as transformações sociais e políticas ocorridas nas últimas décadas introduziram mudanças significativas, tanto na vida privada, como pública das populações atuais. Um conjunto de novas situações tem conduzido à reorganização dos cuidados de saúde. Algumas delas são: diminuição da mortalidade, diminuição da natalidade, aumento da esperança média de vida e aumento do aparecimento de doenças crónicas (Augusto, 2002).

Desta forma têm vindo a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas no sentido de satisfazer o aumento da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Estas respostas tiveram de ser ajustadas às diferentes situações de dependência e à própria evolução da doença e da situação social, tendo sido para isso necessário desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, distribuir equitativamente as respostas a nível territorial, qualificar e humanizar a prestação de cuidados, potenciar os recursos locais e criar serviços comunitários de proximidade (Augusto, 2002).

Isto só foi possível articulando a saúde com a segurança social, instituindo um modelo de intervenção integrado, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa e que envolve a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, sociedade civil e Estado.

Sendo assim, aos dois principais pilares da prestação – cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares – foi adicionado um terceiro pilar: o dos cuidados continuados e paliativos, através da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Fernandes *et al*, 2011).

Ao mesmo tempo, a preocupação com os padrões de Qualidade nos serviços de saúde também foi crescendo e as Unidades de Cuidados Continuados Integrados incluem-se nessa mesma panóplia de serviços. Entende-se por um serviço de Qualidade aquele que

atende perfeitamente, de forma confiável, segura e no tempo certo às necessidades do cliente.

A Qualidade tem como objetivo maximizar o valor do serviço e compreende-se como um conjunto de condições e procedimentos que, de modo consistente, contribuem para a melhoria ou manutenção da Qualidade e duração de vida dos clientes (Cruz, 2011, citado por Martins, 2014).

A RNCCI tem contribuído até agora para uma redução do número de internamentos hospitalares com uma consequente redução de custos totais e tem conseguido também melhorar a prestação dos cuidados, em grande parte devido à multidisciplinariedade dos profissionais envolvidos.

O âmbito de intervenção na Rede fundamenta-se em três princípios fundamentais: reabilitação, readaptação e reinserção. Os cuidados de fisioterapia assumem desta forma uma especial importância no contexto da Rede, uma vez que contribuem em larga medida para a melhoria da qualidade de vida (QdV) dos indivíduos e das suas famílias, e para uma diminuição da necessidade de cuidados de saúde e apoio social mais prolongados (nomeadamente institucionalizações), diminuindo os custos do estado com estes indivíduos.

Existem, segundo a “Grelha de Avaliação de Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, dois parâmetros que se subdividem e que são avaliados, e essa avaliação traduz o nível Qualidade das unidades, sendo eles a “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” e a “Organização e Funcionamento da Unidade”.

Com base nesta grelha, foi realizado no presente ano um estudo intitulado de “Gestão da Qualidade nas Unidades de Cuidados continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo”(Martins, 2014), que teve como objetivo analisar as perceções dos enfermeiros a desempenhar funções nestas unidades, relativamente aos padrões de Qualidade que são praticados nas mesmas. Tendo por base o trabalho de Mestrado publicado , o que se pretende com o presente estudo é readaptar pontualmente do alvo “enfermeiros” para o alvo “fisioterapeutas” e aplicar o questionário que foi utilizado como instrumento de recolha de dados, tentando aferir qual a perceção de um outro grupo profissional,

relativamente aos padrões de Qualidade que são praticados em algumas instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Uma vez que a maior área de participação dos profissionais de Fisioterapia diz respeito à reabilitação, o questionário aplicado incide apenas no parâmetro “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” e, dentro deste, tendo em conta as questões consideradas pertinentes para serem objetivamente colocadas, foram criados dois componentes: “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do utente na Unidade”

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Qualidade na Saúde

A Qualidade dos serviços de saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória (Delgado, 2013).

Segundo o mesmo autor, apesar do tema “Qualidade” ser objeto de estudo nos últimos vinte anos, tem sido difícil integrá-lo no quotidiano da atividade clínica e na prestação de serviços de saúde em geral.

Para Delgado (2013) o facto de ter sido criado um Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), mas posteriormente extinto, faz-nos perceber que é um assunto secundário na realidade nacional: não há cultura profissional para a Qualidade, sendo o conhecimento sobre esta matéria insipiente e disperso.

Cada pessoa tem a sua própria definição de elevada Qualidade nos cuidados de saúde. Algumas pessoas valorizam o facto de poderem ir a um médico ou hospital da sua própria escolha. Para outras significa ter acesso a tipos específicos de tratamento (NCQA, 2013)

Segundo a OMS (2008), a Qualidade na Saúde, dependendo do paradigma da disciplina, pode ser entendida de diversas formas, utilizando diferente terminologia, rótulos e modelos. A Qualidade é um conceito ambíguo, multidimensional e difícil de definir, tendo sofrido alterações ao longo dos tempos (Serapioni, 2009, citado por Martins, 2014), como podemos verificar no Quadro 1.

As definições apresentadas por Avedis Donabedian (1980) têm tido uma influência notável. Este autor faz a distinção entre a especificação “maximizadora” e a “otimizadora” da Qualidade. Na primeira, ignora os custos monetários e define a Qualidade mais elevada como o nível em que se espera alcançar a melhor melhoria na saúde. Por outro lado, na especificação otimizador da Qualidade, as intervenções demasiado dispendiosas e que não alcançam a melhor melhoria na saúde devem ser evitadas.

Quadro 1 – Definições de Qualidade nos cuidados de Saúde (Gomes da Silva, M., 2013)

Autor/Organização	Definição
Donabedian (1980)	A Qualidade nos cuidados é o tipo de cuidados que se esperam que maximize a avaliação inclusiva do bem-estar do doente, após ter sido considerado o balanço entre perdas e ganhos previstos que fazem parte do processo integral dos cuidados de saúde
Institute of Medicine (1990)	A Qualidade nos cuidados é a medida em que aumenta a probabilidade dos serviços de saúde para indivíduos e populações obterem resultados desejados na saúde que sejam consistentes com o atual conhecimento profissional
Divisão de Saúde (Reino Unido) (1997)	A Qualidade nos cuidados é: -fazer as coisas certas (o quê) - às pessoas certas (a quem) - no momento certo (quando) - e fazê-las bem à primeira vez
Conselho da Europa (1998)	A Qualidade nos cuidados é a medida em que os tratamentos dispensados aumentam as hipóteses do doente alcançar os resultados desejados e na qual diminuem as hipóteses de ocorrerem resultados indesejados, no que concerne ao presente estado do conhecimento
Organização Mundial de saúde (2000)	A Qualidade nos cuidados é o nível de consecução dos objetivos intrínsecos do sistema de saúde para a melhoria da saúde e resposta às expectativas legítimas da população

Desta forma para Brent, J. (2013), no seu relatório sobre "Gestão de Qualidade nos cuidados de saúde", no âmbito da teoria da melhoria de contínua da Qualidade, define claramente a importância entre a Qualidade e custo dos serviços de saúde, e mostra como a continuidade de Qualidade elevada nos cuidados de saúde pode a uma diminuição substancial dos custos dos cuidados de saúde.

Para Delgado (2013), a Qualidade dos serviços de saúde é um atributo objetivo, que tem que ser medido, permanentemente acompanhado e sistematicamente melhorado.

Whittaker, J. (2007), reforça também a necessidade de se medir a Qualidade dos serviços de saúde, e defende que as normas de Qualidade dos mesmos devem ser operadas a três níveis:

- *Processos e resultados de cuidados clínicos*: neste ponto deve ser utilizada a prática baseada na evidência e devem ser seguidas linhas orientadoras standard. O autor refere no entanto que, isto pode tornar-se difícil de aplicar devido à diversidade de Quadros clínicos, e às diferentes experiências e abordagens por parte dos profissionais intervenientes no processo.

- *A organização da prestação de cuidados clínicos*: isto implica que os serviços funcionem de uma forma integrada. As atividades dos diferentes serviços devem estar coordenadas de forma a ter o paciente como o foco central.

- *As funções de gestão e suporte necessário para fornecer serviços clínicos de forma eficaz, eficiente e segura*: é necessário que o processo clínico seja multidisciplinar e único. Hoje em dia isto tornou-se bastante mais fácil, devido aos avanços informáticos. O autor dá também grande importância ao suporte administrativo, tecnológico e às condições hoteleiras das unidades de saúde.

Segundo Delgado (2013), é através dos resultados que podemos apreciar os níveis de Qualidade de um serviço.

No entanto este será apenas um ponto de partida para o desenvolvimento da Qualidade. Só fazendo atuando concretamente e fazendo alterações é que se introduzem ações de melhoria. Logo, os projetos de Qualidade só têm significado quando produzem alterações ao nível da interação dos profissionais com os utentes e quando passam a utilizar de forma mais adequada os conhecimentos e tecnologias de que dispõem.

Para Delgado (2013), bons procedimentos dão mais segurança aos doentes, previnem riscos e garantem melhores resultados.

1.2. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Tem como Missão “ Prestar os cuidados adequados, de Saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência.”

1.2.1 Objetivos específicos da RNCCI

(Segundo o nº 2 do Art.4º do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho)

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e QdV;

- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da Qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos;

Segundo o “Manual do Prestador”, criado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados (UMCCI), a Missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, e que são:

- Necessidade de diminuir internamentos desnecessários e o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado;
- Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- Redução do número de altas hospitalares tardias (i.e. acima da média de internamento definida);
- Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;
- Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;

- Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar;
- Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;
- Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.

1.2.2 Princípios da RNCCI

(<http://www4.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>)

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados.
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede.
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede.
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade.
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados.
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia.
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia.
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede.
- Participação e responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.
- Eficiência e Qualidade na prestação dos cuidados.

A RNCCI assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- À dignidade.
- À preservação da identidade.
- À privacidade.
- À informação.
- À não discriminação.
- À integridade física e moral.
- Ao exercício da cidadania.
- Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

1.2.3 Qualidade e Avaliação da RNCCI

Segundo o documento “Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados - relatório final”, de 2013, a UMCCI estabeleceu como prioridades a coordenação e integração de cuidados centrados no utente e com melhoria contínua da Qualidade desde o seu início.

A área da Qualidade é assegurada pelo cumprimento de objetivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos.

A melhoria contínua da Qualidade depende da monitorização de Processos-chave:

- Acesso à Rede - incluindo o circuito de referenciação de utentes;
- Prestação de CCI nas unidades e equipas - impacto dos cuidados e serviços
- Consolidação da Rede - planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos.

Definiram-se objetivos:

- Garantir a fluidez do fluxo de referenciação;
- Garantir o cumprimento dos critérios de referenciação;
- Garantir o registo das etapas do circuito de referenciação;
- Adequar os cuidados traduzidos em resultados
- Garantir o cumprimento dos clausulados contratuais.

Desenvolveram-se Ações:

- Definição de “standards” mínimos;
- Formação;
- Acompanhamento;
- Auditorias organizacionais;
- Auditorias dos processos individuais e de âmbito clínico;
- Auditoria para verificação das medidas corretivas, monitorização contínua, através de indicadores pré-definidos
- Avaliação da satisfação de utentes e profissionais.

Para apoiar o acompanhamento/monitorização da implementação da RNCCI foi desenvolvido um Sistema de Monitorização/Informação da atividade - o GestCareCCI® - plataforma informática em ambiente Web (ligação segura https), que permite a gestão e monitorização, em tempo real, dos processos e dos seus resultados. A monitorização contínua a diferentes níveis tem o objetivo de aferir o cumprimento da Visão, Missão e Valores, de todos os intervenientes.

A monitorização da RNCCI inclui:

- “inputs” – relacionados com os profissionais (recursos humanos, rácios, qualificações) incluídos na Grelha de Acompanhamento das Equipas de Coordenação Local, com os edifícios (dimensões, distribuição de espaços, acessibilidade) auditados previamente à contratualização, com definição de requisitos mínimos.

- “outputs” - (resultados obtidos a diferentes níveis), através de instrumentos e diretivas relacionadas com avaliação de necessidades e planeamento de auditorias, monitorização da evolução de indicadores pré definidos, divulgação de resultados e sistema de informação integrado.

1.3.Posicionamento da Fisioterapia na RNCCI

"Quanto à participação dos fisioterapeutas na RNCCI, a legislação é clara esperando-se a integração dos fisioterapeutas nas equipas interdisciplinares numa verdadeira articulação com as instituições de saúde e de apoio social." (APF, 2009).

Dentro destas equipas, os Fisioterapeutas têm como objetivos primordiais promover o máximo de funcionalidade possível aos utentes, dentro das potencialidades existentes em cada indivíduo, bem como minimizar sinais e sintomas que limitem o movimento, atividade e conseqüentemente a funcionalidade.

Assim, considerando o papel do Fisioterapeuta, a sua intervenção é fundamental em todo o processo de prestação de serviços da RNCCI, fazendo assim parte dos parâmetros de qualidade dos mesmos serviços.

De acordo com os dados disponíveis do ultimo levantamento da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF, 2009), a RNCCI, integra 219 Fisioterapeutas distribuídos por 95 unidades de cuidados continuados em funcionamento, sendo que apenas 10% se encontram a trabalhar a tempo inteiro.

2. METODOLOGIA

De forma a analisar a perceção dos Fisioterapeutas em funções em algumas instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados, relativamente aos padrões de qualidade praticados nas mesmas e como isso influencia os cuidados prestados, desenvolveu-se um estudo de paradigma descritivo, pois consiste numa investigação aprofundada de um grupo de indivíduos, num número limitado de instituições, através da aplicação de um questionário.

2.1 Objetivos

Objetivo geral:

O objetivo geral deste estudo é conhecer a perceção dos Fisioterapeutas em funções em algumas instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados, relativamente aos padrões de Qualidade praticados nas mesmas e como isso influencia os cuidados prestados

Objetivos específicos:

- Identificar quais os componentes que os Fisioterapeutas mais valorizam na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Averiguar se a avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contribui ou não para a melhoria dos cuidados prestados.

2.2 Variáveis:

Variável independente: a perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade

Variável dependente: a prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação

2.3.Amostra

A amostra deste estudo foi retirada da população de fisioterapeutas a desempenhar funções nas unidades de internamento da RNCCI. Composta por 20 sujeitos, integrados nas seguintes unidades:

- Associação dos Empregados do Comércio de Lisboa (Largo de São Cristóvão);
- Centro Hospitalar do Barreiro (Montijo);
- Cercitop, CRL – Centro de Educação e reabilitação de Deficientes de todo o País (Unidade do Casal da Mata, Mem Martins);
- Cercitop, CRL – Centro de Educação e reabilitação de Deficientes de todo o País (Unidade de Algueirão);
- Hospital Residencial do Mar (Bobadela);
- Liga dos Amigos da Terceira idade (Setúbal);
- Santa Casa da Misericórdia de Santarém (Santarém).

2.3.1.Caracterização da amostra

A amostra, caracteriza-se por ser 80% do género feminino (gráfico 1); 60% ser da faixa etária entre os 20 e os 29 anos (gráfico 2); 60% solteiros (gráfico 3); 65% com grau académico de licenciatura (gráfico 4); 60% com vinculo a termo indeterminado (gráfico 5); 50% trabalham à menos de 5 anos na instituição (gráfico 6) e 35% têm menos de 5 anos de profissão e outros 35% têm entre 5 e 9 anos de profissão (gráfico 7).

Todos os fisioterapeutas que exercem funções nestas instituições aceitaram participar no estudo, mas no caso do Hospital do Mar, uma fisioterapeuta encontrava-se de licença de maternidade, e na Liga dos amigos da Terceira idade, um fisioterapeuta encontrava-se de férias, não tendo estes elementos feito parte da amostra.

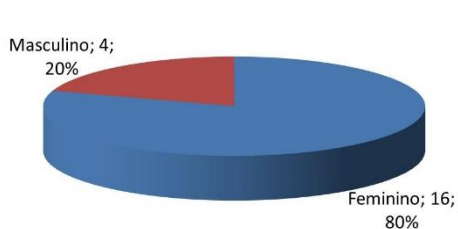


Gráfico 1. Género



Gráfico 2. Idade

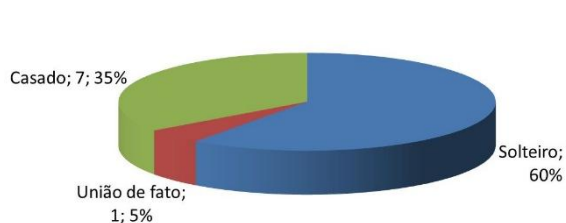


Gráfico 3. Estado Cívil

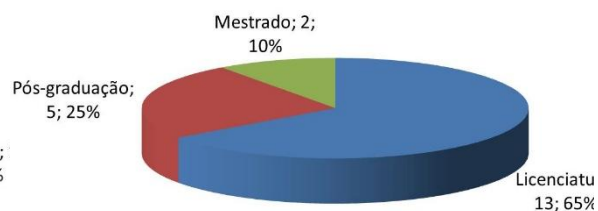


Gráfico 4. Grau académico



Gráfico 5. Tipo de vínculo

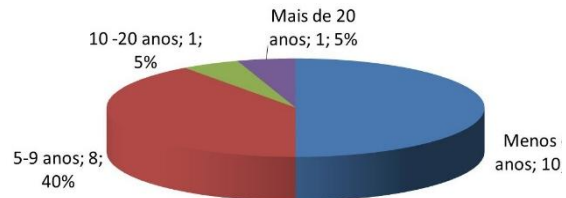


Gráfico 6. Antiguidade na instituição

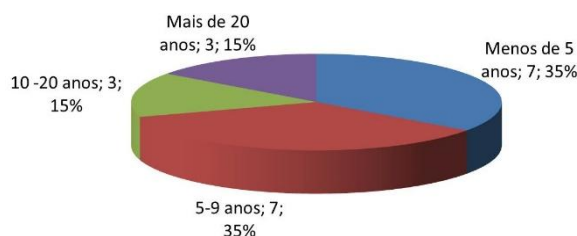


Gráfico 7. Antiguidade na profissão

2.4. Instrumento de recolha de dados e a sua aplicação

O instrumento de recolha de dados foi um questionário adaptado do estudo intitulado de “Gestão da Qualidade nas unidades de cuidados continuados integrados de Lisboa e Vale do Tejo”, realizado pela Mestre Rita Isabel Torres Martins, no presente ano. Este é constituído por 2 perguntas de resposta aberta 16 perguntas de resposta fechada com escala de Likert, com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “raramente” e “frequentemente” para as questões 1 a 15 e entre “nada” e “muito” para a questão 16.

Segundo esta “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, existem dois parâmetros que se subdividem e que são avaliados e essa avaliação traduz o nível de qualidade das unidades, sendo eles a “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” e a “Organização e Funcionamento da Unidade”. Como já foi referido anteriormente, uma vez que a maior área de participação dos Fisioterapeutas diz respeito à reabilitação, o questionário aplicado incide apenas no parâmetro “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” e dentro deste, tendo em conta as questões colocadas, foram criados dois componentes: “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”, de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2. Parâmetros/Componentes da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da RNCCI”

COMPONENTES	Itens
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.
	4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.
	5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?
	8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.
	9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.
	12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?
	13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.
Gestão do utente na Unidade	14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.
	1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.
	3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.
	6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.
	7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um

número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).

10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.

11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.

15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?

16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?

2.4.1.Procedimentos para a recolha de dados

A autorização para a realização deste estudo, foi solicitada às instituições por email, e os questionários foram enviados por correio e recolhidos pessoalmente, com exceção da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Santarém, que fez o reenvio do questionário também por correio. A confidencialidade do mesmo foi totalmente assegurada.

2.5.Tratamento e Análise dos Resultados:

A informação recolhida foi inserida e analisada através do programa de análise estatística SPSS 21.0.

Os métodos estatísticos utilizados foram a análise de frequências para a caracterização da amostra e frequências da escala de Likert dos 16 itens do questionário.

Foi ainda realizada uma estatística descritiva com cálculo da média, desvio padrão, valores máximos e mínimos dos mesmos itens, de forma a analisar a percepção dos Fisioterapeutas sobre a qualidade. Para as questões 17 e 18, foi feita uma análise de conteúdo.

Para a análise de quais os componentes que os Fisioterapeutas valorizam mais na avaliação dos cuidados, foram analisados os intervalos de confiança a 95%.

Para a análise do contributo da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para a melhoria dos cuidados prestados, foi efetuada uma análise da relação entre a totalidade dos itens e entre os itens mais representativos de cada componente, através do teste de correlação de Spearman, uma vez que não se verifica a normalidade das variáveis no teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Considerando os dois componentes em que se divide o questionário, foi feita uma análise de consistência dos itens que compõem cada componente, utilizando o método Alfa de Cronbach

3. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, de acordo com os objetivos do estudo:

- Perceção dos Fisioterapeutas relativamente aos padrões de qualidade;
- Componentes que os Fisioterapeutas mais valorizam na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Contributo da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para a melhoria dos cuidados prestados.

De forma a validar os resultados obtidos, é ainda apresentada a consistência dos itens em cada componente.

3.1. Perceção dos Fisioterapeutas relativamente aos padrões de qualidade

Numa análise global, a perceção dos padrões de qualidade é positiva, acima do ponto intermédio da escala de medida (gráfico 8), sendo a apreciação ligeiramente superior para a “Gestão do Utente na Unidade” (média = 4,41; \pm 0,40; min = 3,50 e máx = 4,88), comparativamente com a “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” (média = 4,27; \pm 0,50; min = 3,13 e máx = 5). Para cada um dos parâmetros, os seus valores foram determinadas a partir do cálculo da média dos itens que os constituem.

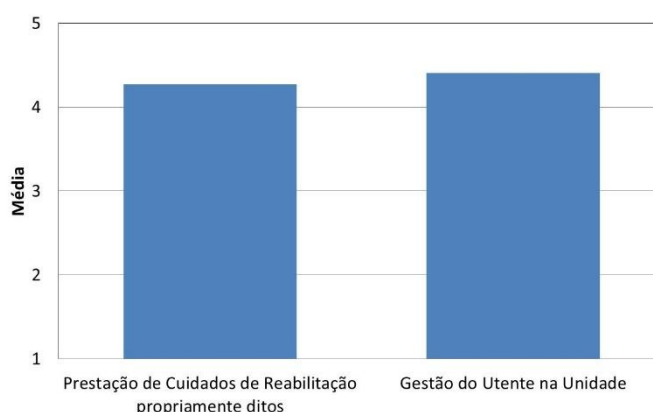


Gráfico 8. Média dos Componentes adaptados da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da RNCCI”

Numa análise mais detalhada de frequências e das respetivas médias, os valores médios observados apresentam as variações ilustradas na tabela 1 e no gráfico 9, onde os aspetos que se apresentam com uma frequência média claramente acima do ponto intermédio da escala de medida são, por ordem decrescente:

“9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar”,

“10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente”,

“16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?”,

“8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade”,

“12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?”

“15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?” seguidos de “13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital”,

“11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados”,

“5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a QdV do utente?”,

“3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal” e

“6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade”, e depois de

“7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal)”,

“14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado”

“2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada”

“1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade”,

Finalmente, surge o item “4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento”, com valor médio inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

Tabela 1. Valores médios das frequências na escala de Likert

ITENS	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	20	3,70	1,08	29%	1	5
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	20	4,10	1,07	26%	1	5
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	20	4,40	0,75	17%	3	5
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de	19	2,89	1,66	57%	1	5

internamento.

5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a Qualidade de Vida do utente?	20	4,45	0,60	14%	3	5
6. Constan no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.	20	4,40	0,88	20%	2	5
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas	20	4,20	1,15	27%	1	5
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.	20	4,65	0,67	14%	3	5
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	20	4,80	0,41	9%	4	5
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	20	4,75	0,44	9%	4	5
11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	20	4,50	0,69	15%	3	5
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	20	4,60	0,68	15%	3	5
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	20	4,55	0,69	15%	3	5
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	19	4,11	1,29	31%	1	5
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza?	20	4,60	0,50	11%	4	5
16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento? *	20	4,70	0,66	14%	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de cada item especificamente

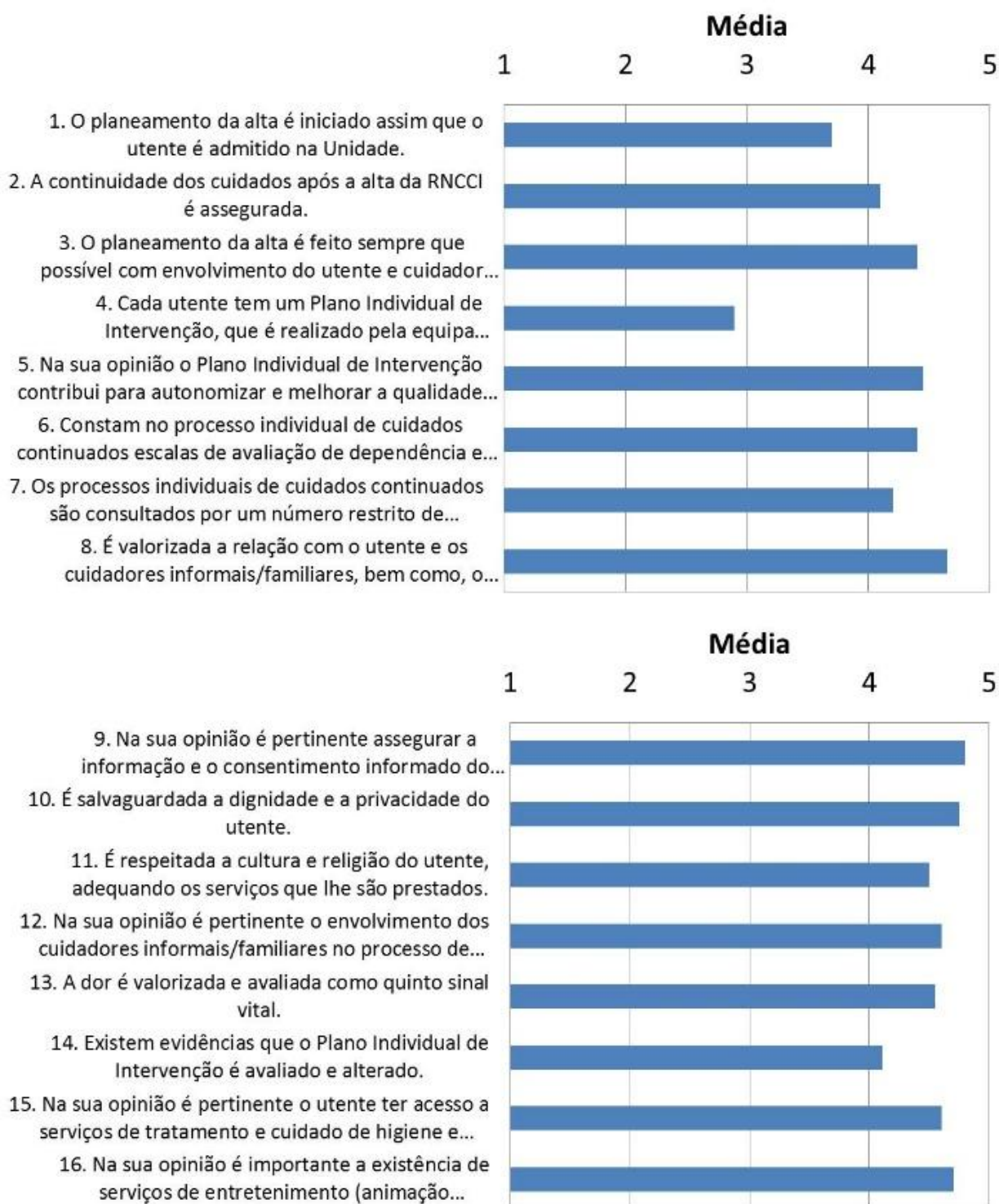


Gráfico 9. Variação dos valores médios observados, organizado pelos dois componentes do questionário.

Relativamente a que outros itens deveriam ser incluídos para a avaliação de qualidade dos serviços da RNCCI, 5 sujeitos não responderam à questão e os restantes apontam os seguintes itens:

- A avaliação da satisfação dos serviços prestados, a avaliação da colaboração e da autonomia das AVD`S
- A existência de equipas interdisciplinares incluindo também psicólogos que muitas vezes são subvalorizados
- Alimentação - os cuidados diferenciados na confeção das dietas variadas
- Assistência presencial num dia na unidade, assistindo assim às várias terapias e ao trabalho desenvolvido em toda a unidade
- Avaliação dos utentes pela própria unidade
- Competência profissional da equipa; eficácia e eficiência no controlo sintomático-conforto do doente, satisfação do doente-cuidador-família; satisfação da equipa; segurança; recursos disponíveis; acessibilidade; continuidade de cuidados após a morte (apoio ao luto-psicologia-apoio espiritual).
- Escalas de QdV
- Indicadores de processo relevantes para os doentes e mais indicadores de resultados
- Maior comunicação com outras entidades tais como Equipas de Cuidados Continuados Integrados, de forma a dar um feedback mais real no pós alta
- Melhorar a referenciação e os seus critérios de avaliação

- Melhoria dos critérios de avaliação de admissão de certos utentes; melhoria no encaminhamento e continuidade de manutenção/reabilitação após a alta; critérios específicos para o cuidador após vários descansos do cuidador
- Número de técnicos versus utentes, horário de cada utente, processos atualizados
- Os recursos humanos na área da reabilitação, mais propriamente o número de fisioterapeutas por doente
- Planeamento da alta ser de acordo com as necessidades dos utentes; envolvimento permanente dos cuidadores.
- Seria importante avaliarem mais na prática a alimentação e rotinas da equipa multidisciplinar

Por outro lado, 7 sujeitos apresentam os seguintes itens como sobrevalorizados:

- A alimentação, número de pessoas na equipa técnica (relativas à reabilitação)
- Burocracias, como por exemplo os Instrumentos de Avaliação Integrados
- Considero que não existe um envolvimento adequado dos familiares e cuidadores no plano individual de intervenção dos utentes
- Dignidade, QdV, respeito pelo utente e família, opinião do utente
- Não posso responder, porque embora membro da equipa de cuidados paliativos de uma unidade da Rede nunca fui informada sobre quais os parâmetros existentes-regentes da qualidade.
- Os espaços físicos, nomeadamente serem quartos individuais
- Os registos dos Instrumentos de Avaliação Integrados

3.2. Componentes que os Fisioterapeutas mais valorizam na avaliação da Qualidade das Unidades da RNCCI

Comparando o componente “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” com um IC a 95% de [4,04 ; 4,51] com o componente “Gestão do utente na Unidade” com um IC a 95% de [4,22 ; 4,59] (tabela 2.), existe sobreposição e não se verificando que a valorização seja diferente para os dois componentes.

Tabela 2. Intervalos de confiança a 95% para os componentes “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	4,27	4,04	4,51
Gestão do utente na Unidade	4,41	4,22	4,59

3.3. Contributo da avaliação da Qualidade das Unidades da RNCCI para a melhoria dos cuidados prestados

Neste objetivo temos presentes os dois conceitos associados a cada um dos parâmetros da grelha utilizada:

- Variável independente: a perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo parâmetro “Organização e Funcionamento da Unidade”
- Variável dependente: a prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo parâmetro “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação”

3.3.1. Para as variáveis representativas dos dois componentes

Numa primeira análise, procedemos à análise da relação entre os componentes em estudo. As variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R.

É necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S, cujos resultados se apresentam na Tabela 3.:

Tabela 3. Teste K-S: Verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores dos componentes

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	,174	20	0,116
Gestão do Utente na Unidade	,208	20	* 0,023
a Correção de significância de Lilliefors	* p < 0,05		

O pressuposto da normalidade não se verifica para uma das variáveis em estudo, pelo que deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Na tabela 4 seguinte, apresenta-se o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor de prova do teste.

Tabela 4. Correlação de Spearman: Relação entre a “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e a “Gestão do Utente na Unidade”

		Gestão do Utente na Unidade:
Prestação de Cuidados de	Coefficiente deCorrelação	0,650(**)
Reabilitação propriamente ditos	Valor de prova	0,002
	N	20

** Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

Verifica-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre a valorização da “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e a valorização da “Gestão do Utente na Unidade”, significa que, a uma maior percepção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo componente “Gestão do utente na Unidade” corresponde uma maior valorização da prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo componente “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação”.

Conclusão: a percepção dos fisioterapeutas da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contribui para uma maior valorização dos cuidados prestados.

No gráfico seguinte ilustra-se esta relação, que apresenta um coeficiente de correlação de Spearman 0,650 e um coeficiente de determinação de 0,345, o que significa que a perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo parâmetro “Gestão do Utente na Unidade” explica 34,5% da valorização da prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo componente “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos”, de uma forma estatisticamente significativa.

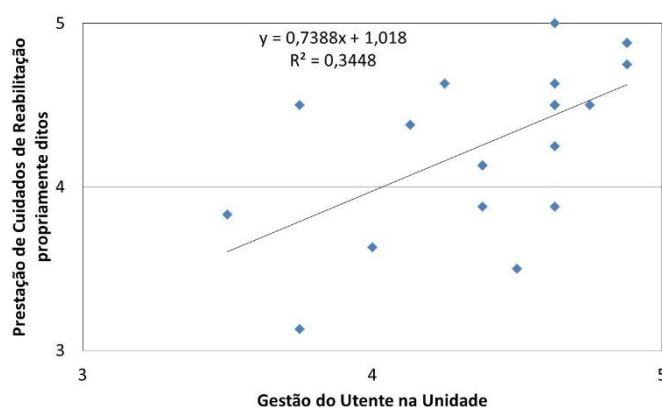


Gráfico 10. Relação entre os componentes “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”

3.3.2. Relação entre todos os itens em estudo

Nesta segunda análise, procedemos à análise da relação entre cada um dos itens que constituem os parâmetros em estudo.

É também necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis (Tabela 5).

Tabela 5. Teste K-S: Verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores dos itens

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	,293	19	** 0,000
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.	,188	19	0,074
5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a QdV do utente?	,332	19	** 0,000
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.	,442	19	** 0,000
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	,482	19	** 0,000
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	,443	19	** 0,000
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	,383	19	** 0,000
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	,283	19	** 0,000
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	,223	19	* 0,014
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	,353	19	** 0,000
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.	,366	19	** 0,000
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).	,339	19	** 0,000
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	,482	19	** 0,000

11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	,388	19	** 0,000
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?	,376	19	** 0,000
16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?	,471	19	** 0,000
a Correção de significância de Lilliefors	* p < 0,05	** p < 0,01	

O pressuposto da normalidade não se verifica para todas as variáveis, exceto uma, pelo que se utilizou o coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 6).

Tabela 6. Correlação de Spearman: Relação entre os itens da “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” e os itens da “Organização e Funcionamento da Unidade”

N = 20		Itens da Organização e Funcionamento da Unidade.								
		1.	3.	6.	7.	10.	11.	15.	16.	
Itens da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.	2	r	0,139	0,342	0,653(* *)	0,266	0,053	0,337	-0,217	-0,351
		p	0,558	0,139	0,002	0,256	0,823	0,146	0,357	0,129
	4	r	0,197	0,261	0,258	-0,018	-0,255	-0,032	0,120	0,568(*)
		p	0,420	0,281	0,287	0,941	0,293	0,897	0,624	0,011
	5	r	0,092	-0,007	0,500(*)	0,113	0,079	0,035	0,060	-0,024
		p	0,701	0,978	0,025	0,635	0,740	0,883	0,802	0,919
	8	r	0,414	0,387	-0,058	-0,008	0,449(*)	0,282	0,280	0,227
		p	0,070	0,092	0,807	0,974	0,047	0,228	0,232	0,335
	9	r	-0,266	0,085	0,111	0,503(*)	0,000	-0,174	0,102	0,031
		p	0,256	0,723	0,641	0,024	10,000	0,462	0,669	0,897
12	r	0,126	0,377	0,405	0,622(* *)	0,149	0,051	0,132	0,112	
	p	0,598	0,101	0,076	0,003	0,530	0,829	0,580	0,637	

13	r	0,299	0,445(*)	-0,103	0,215	0,226	-0,076	0,052	0,137
	p	0,200	0,049	0,667	0,363	0,339	0,751	0,826	0,565
14	r	0,346	0,519(*)	0,578(* *)	0,262	0,013	0,065	0,224	0,175
	p	0,146	0,023	0,010	0,279	0,958	0,793	0,358	0,473

** Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Verificam-se relações estatisticamente significativas entre:

- “2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.” e:
 - “6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.”
- “5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a QdV do utente?” e:
 - “6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.”
- “8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.” e:
 - “10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.”
- “9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.” e:
 - “7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).”
- “12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?” e:
 - “7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).”

- “13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.” e:
 - “3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.”
- “14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.” e:
 - “3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.”

Estas correlações estatisticamente significantes são positivas: significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo da outra, o que permite concluir que os itens da Gestão do Utente na Unidade apresentados são mais valorizados por quem valoriza mais os itens da Prestação de Reabilitação propriamente ditos, para as relações apresentadas.

Conclusão: para as relações assinaladas, as perceções dos fisioterapeutas, relativamente aos itens da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, estão relacionadas positivamente com uma maior valorização dos cuidados prestados (itens da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos).

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre:

- “4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.” e:
 - “16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?”

Esta correlação estatisticamente significativa é negativa: significa que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra, o que permite concluir que o item da Gestão do utente na Unidade apresentado é mais

valorizado por quem valoriza menos o item da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos.

3.4.Consistência dos itens do questionário

3.4.1.Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos

Tabela 7. Estatísticas de consistência interna

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,663	8

Como se evidencia na Tabela 7, o valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar as oito variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que os itens 4 e 9 contribuem para que o valor do Alfa não seja mais elevado.

Tabela 8. Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Prestação de Cuidados de Reabilitação

	Correlação o Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	,487	,604
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.	,323	,695
5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a QdV do utente?	,332	,642
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.	,348	,637
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	,110	,673
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	,599	,601
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	,198	,664
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	,700	,508

3.4.2 . Gestão do Utente na Unidade

Tabela 9. Estatísticas de consistência interna

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,560	8

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,60, pelo que podemos considerar as oito variáveis medem de forma próxima de aceitável uma única dimensão: a Gestão do Utente na Unidade (Tabela 9).

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que os itens 1, 15 e 16 contribuem para que o valor do Alfa não seja mais elevado (Tabela 10).

Tabela 10. Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Gestão do Utente na Unidade

	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	,160	,583
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	,515	,447
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.	,233	,541
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).	,347	,501
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	,417	,511
11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	,570	,438
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?	,074	,573
16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?	,034	,589

4. DISCUSSÃO

A amostra composta por 20 sujeitos, representa cerca de 10% da população total de Fisioterapeutas integrados na RNCCI. No entanto, dos 219 Fisioterapeutas no total, apenas 21 estão a trabalhar a tempo integral (APF, 2009). Partindo do pressuposto de que contratos a tempo indeterminado e a termo certo, correspondem a contratos a tempo inteiro, podemos considerar que a nossa amostra é constituída por 18 Fisioterapeutas a tempo integral (12 com contrato a termo indeterminado e 6 com contrato a termo certo) representando assim 80% da população a trabalhar a tempo integral na RNCCI, apontando assim para uma eventual validade externa dos resultados encontrados. No entanto, este dado poderia ter sido melhor caracterizado e validado com uma pergunta específica sobre o tipo de contrato: tempo integral ou parcial. O aspeto tempo integral torna-se relevante neste contexto, uma vez que permite aos Fisioterapeutas ter uma melhor perceção sobre todos os componentes e respetivos itens, comparativamente com Fisioterapeutas a tempo parcial.

Perante esta dúvida levantada, temos dificuldade em afirmar se a amostra é ou não representativa da população de fisioterapeutas, uma vez que poderá corresponder a 80% ou apenas a 10%.

A perceção dos Fisioterapeutas sobre a qualidade da “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação” é bastante positiva, estando de acordo com os resultados do estudo efetuado pela Mestre Rita Isabel Torres Martins, que concluiu que os enfermeiros que fizeram parte do seu estudo relacionaram positivamente os cuidados prestados nas UCCI, com os padrões de qualidade praticados nas mesmas. Existe portanto, uma valorização equitativa de itens relacionados com a prestação dos cuidados de reabilitação propriamente ditos e com os aspetos de gestão do utente na instituição. Estas componentes são valorizados muito acima do ponto intermédio da escala de medida, sendo os respetivos intervalos de confiança para a média até superiores ao ponto “4” da escala de medida, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre a avaliação das duas componentes, ou seja, os Fisioterapeutas valorizam ambos.

Apesar de o foco deste estudo ser na “Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação”, ao valorizar a perspetiva holística que deve ser tida sobre os utentes e a sua Qualidade de Vida, consideramos nesta fase que também possa ser importante saber a opinião dos Fisioterapeutas sobre outros itens incluídos na Prestação de cuidados de Saúde e Reabilitação, nomeadamente os mecanismos de promoção de autonomia, bem como do parâmetro Organização e Funcionamento da Unidade. Considera-se, assim, pertinente, uma revisão do questionário e uma replicação do estudo.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Numa análise crítica ao estudo desenvolvido, consideramos que alguns aspetos poderiam ter sido implementados com melhor qualidade. Por razões alheias aos autores do estudo, o tempo disponível para o desenvolvimento e conclusão do mesmo, condicionaram a implementação de determinados passos metodológicos, nomeadamente a validação e pré-teste do questionário aplicado. Este passo teria sido fundamental na identificação de mais itens a incluir bem como na validação da questão 18 que se mostrou mal construída levando a incorreta interpretação da mesma e consequentemente anulação das respostas obtidas. Apesar de ter sido utilizado um questionário já implementado num contexto comparável, as modificações introduzidas teriam justificado um pré-teste, através do qual seria possibilitada a identificação da necessidade de incluir a caracterização do tipo de contrato a tempo inteiro ou parcial.

Também a possibilidade de ter enviado o questionário a mais instituições teria aumentado a representatividade da amostra.

No entanto, apesar destas limitações, consideramos este estudo relevante uma vez que já apresenta tendências de perceção e pode servir de base à realização de um estudo mais alargado ao território nacional, aprofundado e detalhado neste grupo profissional e adaptado a outros grupos profissionais.

Para além da perceção dos profissionais envolvidos nestas instituições, seria ainda complementar analisar a perceção dos utentes e dos familiares.

6. CONCLUSÃO

A pesquisa de correlações entre as variáveis estudadas permite algumas conclusões importantes. Destaca-se de forma positiva a indicação de que a perceção dos fisioterapeutas sobre a avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contribui para uma maior valorização dos cuidados prestados.

No que respeita a correlação negativas observadas, ressalta como estatisticamente significativa que o item da Gestão do utente na Unidade seja mais valorizado por quem valoriza menos o item da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos.

Em conclusão, este estudo mostrou que a perceção dos Fisioterapeutas, relativamente à qualidade da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação nas Unidades de Cuidados Continuados é bastante positiva, no que respeita à prestação dos cuidados propriamente ditos e à gestão do utente na instituição. Esta informação valoriza assim as unidades e a prestação de serviços dos fisioterapeutas neste contexto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede Nacional de Cuidados Continuados pretende dar maior e melhor resposta aos utentes ao nível da saúde. No entanto, a atual crise financeira que o mundo e o nosso país atravessam constituem um constrangimento ao desenvolvimento da mesma. Os cortes orçamentais na área da saúde são impeditivos de que se possa pensar em aumentar o número de unidades de cuidados continuados e de recursos humanos nesta área. Paralelamente à crise económica, o aumento da esperança média de vida tem vindo a fazer disparar o número de potenciais utilizadores da Rede, criando uma necessidade crescente de resposta por parte desta. Um outro fator que faz também aumentar a procura de respostas na rede são alterações sócio familiares ocorridas nos últimos anos, fazendo com que neste momento as famílias não tenham tanta disponibilidade para dar apoio aos idosos e às pessoas mais dependentes. Por outro lado, também a baixa natalidade verificada no nosso país, irá a médio prazo conduzir a uma

situação de fraco suporte familiar para os mais idosos, obrigando a que estes tenham que recorrer mais à Rede. Todas estas situações constituem no entanto desafios para o desenvolvimento da Rede. A crise económica associada ao impacto do envelhecimento da população, ao aumento do aparecimento de doenças crónicas, a diminuição da natalidade e a mudança do perfil das famílias, levantam a necessidade de repensar os cuidados de saúde, nomeadamente os cuidados continuados.

Será desejável encontrar soluções eficientes, que sendo menos dispendiosas para o Estado, sejam também mais adequadas e confortáveis para os utentes. A RNCCI tem contribuído até agora para uma redução do número de internamentos hospitalares com uma conseqüente redução de custos totais, e tem conseguido, também, melhorar a prestação dos cuidados, em grande parte devido a multidisciplinariedade dos profissionais envolvidos. Estudos como este apontam para que a RNCCI apresente bons padrões de Qualidade de prestação de cuidados de saúde e sugerem desta forma que se reforce o investimento na mesma.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
2. Aperta, J. M. G. (2009). Mudança na Farmácia Hospitalar. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Gestão e Economia, orientada por Prof. Doutora Anabela Almeida, Covilhã.
3. Aranha, G. T.; Vieira, R. W.; Oliveira, P. P.; Petrucci Junior, O.; Benze, B. G.; Silveira Filho, L. M.; Vilarinho, K. A.; Campos, L. P. (2009). *Identificação de um método estatístico como instrumento da qualidade: tempo da presença do doente na sala de operação*; Rev Bras Cir Cardiovasc, 24 (3): 382-390.
4. Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP.
5. Augusto, B. (2002) – Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Formasau.
6. Barañano, A. M. (2008). Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão. 1ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
7. Bell, J. (2002). Como realizar um projeto de investigação. 2ª edição. Gradiva, Lisboa.
8. Bogan, C. E.; English, M. J. (1994). Benchmarking for Best Practices: Winning Through Innovative Adaptation. McGraw-Hill.
9. Bosi, M. L.; Pontes, R. J.; Vasconcelos, S. M. (2010). *Quality dimensions in health evaluation: manager's conceptions*; Rev Saúde Pública, 44 (2). Disponível em www.scielo.br/rsp acessado em 11/11/2014.
10. Bosi, M. L.; Uchimura, K. Y. (2007). *Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado de saúde?*; Rev Saúde Pública, 41 (1): 150-153.
11. Branco, N. (2010). Cuidados Continuados Integrados: Estudo de um Caso. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Política Social, da Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, orientada pelo Prof. Doutor Hermano Carmo, Lisboa.

12. Camacho, L. A.; Rubin, H. R. (1996). *Reability of medical audit in quality assessment of medical care*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (Sup 2): 85-93.
13. Campbell, S. M.; Sheaff, R.; Sibbald, B.; Marshall, M. N.; Pickard, S.; Gask, L.; Halliwell, S.; Rogers, A.; Roland, M. O. (2002). *Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts; reconciling quality improvement and quality assurance*; Qual Saf Health Care, 11: 9-14. Disponível em <http://www.qualityhealthcare.com>, acessado em 10/10/2014.
14. Carneiro, R.; Sousa, E.; Guerreiro, T.; Rocha, N. (2009). *Qualidade e Satisfação com a Prestação de Cuidados na Patologia Avançada em Medicina Interna*; Arquivos de Medicina, 23 (3): 95-101.
15. Carvalho, C. O.; Sardenberg, C.; Matos, A. C.; Networko, M. C.; Santos, B. F. (2004). *Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas*; J Bras Nefrol, XXVI (4): 216-222, dezembro.
16. Carvalho, M. I. (2009). *Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus*; Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, 12 (2): 119-133, novembro.
17. Costa, A.; Geada, A.; Pina, E.; Gaspar, M. J. (2010). Estudo Europeu de Prevalência de Infecção Associada a Cuidados de Saúde e Uso de Antibióticos em Unidades de Cuidados Continuados. Relatório de resultados nacionais. Departamento da Qualidade na Saúde. Ministério da Saúde.
18. Costa-Font, J. (2010). *Devolution, Diversity and Welfare Reform: Long-term Care in the 'Latin Rim'*; Social Policy & Administration, 44 (4): 481-494, august.
19. Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.
20. Cruz, A. M. (2011). Aulas de Garantia da Qualidade – Mestrado em Cuidados Continuados Integrados. Universidade Lusófona, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde.
21. Dargahi, H.; Rezaian, D. (2007). *Correlation between Knowledge, Attitude and Performance of the Employees with Quality Assurance System Implementation by the Employers*; Iranian J Public Health, 36 (3): 45-51.
22. Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho.

23. Delgado, A. (2010). *Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema*; Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 26 (1): 143-154.
24. Delgado (2013) Revista Mensal “Gestão Hospitalar”, da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
25. DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
26. Dias, A.; Santana, S. (2009). *Cuidados Integrados: Um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde*; Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão; 8 (1): 12-20, jan-mar. Disponível em www.scielo.gpeari.mctes.pt, acessado em 28/08/2014.
27. Direção Geral de Saúde - Circular Informativa N.º 16/DQS. Inquérito Relativo a Qualidade e Segurança. Data: 29/05/2009.
28. Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas nos cuidados continuados. *Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*, 2009.
29. Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol. III. The Methods and Findings of Quality Assessment Measurement and Monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1985.
30. Duarte, A. R. I. N. (2011). Custo-Benefício da Terapia da Fala nos Cuidados de Saúde Primários. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Gestão e Economia, orientada por Prof. Doutora Felipa Lopes dos Reis, Covilhã.
31. Eco, U. (1998). Como se faz uma tese em ciências humanas. 7ª edição. Editorial Presença, Lisboa.
32. Feldman, L. B.; Cunha, I. C. (2006). *Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar*; Rev Latino-am Enfermagem, 14 (4): 540-545, julho-agosto. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae acessado em 27/08/2014.
33. Feldman, L. B.; Gatto, M. A.; Cunha, I. C. (2005). *História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação*; Acta Paul Enferm., 18 (2): 213-219.

34. Felisberto, E.; Freese, E.; Natal, S.; Alves, C. K. (2008). *Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (9): 2091-2102, set.
35. Fernandes, J. *et al* (2011) – *Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal. Cascais*: Principia.
36. Ferrándiz, U.; Martín, J. (1994). *La mejora continua en el sistema sanitario: resultados de la 1ª fase de implantación del plan de calidad en España (1986-1992)*; Rev Esp Salud Pública, 68 (5/6): 535-548.
37. Ferreira, P. L.; Seco, O. M. (1993). *Algumas Estratégias para a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde*; Revista Crítica de Ciências Sociais, 37: 159-172, junho.
38. Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta, Loures.
39. Giraldo, L. A.; Grisales, L. M.; Ortiz, P. (2008). *Relación entre el nivel de desarrollo de las competencias en los gerentes de las IPS y la calidad institucional, Antioquia, 2005*; Rev Fac Nac Salud Pública, 26 (2): 153-164.
40. Gomes da Silva, *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. de Mercedes Gomes da Silva. Edição/reimpressão: 2013.
41. Gonçalo, C. R.; Borges, M. L. (2010). *Organizações de Saúde Intensivas em Conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade*; Saúde Soc. São Paulo, 19 (2): 449-461.
42. Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2000). *Statistics for the behavioral sciences* (5th ed). Belmont, CA: Wadsworth.
43. Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.
44. Guia da RNCCI-www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf
45. Guimarães, R. C.; Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*. 2ª edição. Verlag Dashöfer, 2010.
46. Hartz, Z. M.; Camacho, L. A. (1996). *Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (Sup 2): 13-20.

47. Henriques, C. J. A. (2008). Gestão da Qualidade Total num Serviço de Saúde. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, orientada por Prof. Doutor Luís Martins, coorientada por Engenheira Generosa do Nascimento, Lisboa.
48. Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem. Lusociência, Loures.
49. Hill, M. e Hill, A. (2002). *Investigação por questionário (2a ed.)*. Lisboa: Sílabo.
50. <http://www.dgs.pt>
51. <http://www.portaldasaude.pt>
52. Hunt, J.; Keeley, V. L.; Cobb, M.; Ahmedzai, S. H. (2004). *A new quality assurance package for hospital palliative care teams: the Trent Hospice Audit Group model*; Br J Cancer, 91 (2): 248-253, July.
53. Instituto da Qualidade em Saúde – Modelo para Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência. Ministério da Saúde.
54. Junior, A. G.; Alves, M. G.; Mascarenhas, M. T.; silva, V. M.; Carvalho, L. C. (2008). *Experiências de avaliação do setor suplementar de saúde: contribuições da integralidade*; Ciência & Saúde Coletiva, 13 (5): 1489-1500.
55. Lima, S. B.; Erdmann, A. L. (2006). *A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência*; Acta Paul Enferm, 19 (3): 271-278.
56. Lopes, A.; Capricho, L. (2007). Manual de Gestão da Qualidade. 1ª edição. Editora RH, Lisboa.
57. Lopes, F. M.; Brito, E. S. (2009). *Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva*; Rev Bras Ter Intensiva, 21 (3): 283-291.
58. Lopes, M. S. O. C. (2007). A Gestão da Qualidade no Hospital – Impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, orientada por Prof. Doutor Albino Lopes, Lisboa.

59. Malik, A. M.; Schiesari, L. M. (1998). **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**; Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS, Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú, São Paulo.
60. Manghani, K. (2011). *Quality Assurance: Importance of systems and standard operating procedures*; Perspectives in Clinical Research, 2 (1): 34-37, jan-mar.
61. Marín, G. M.; Manrique, F. (2011). *Gestión institucional bajo la presión del mercado competitivo en el sistema de salud colombiano, 2007-2008*; Iatreia, 24 (1): 16-25, marzo-mayo.
62. Marín, J. M. (2000). *Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud*; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 8 (1/2).
63. Martins, Rita Isabel Torres (2014). *Gestão da Qualidade nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo*. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados Integrados, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, orientada pela Professora Doutora Felipa Lopes dos Reis, Lisboa.
64. Maroco, João (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3.^a edição. Edições Sílabo, Lisboa.
65. Maroco, João (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a edição. Edições Reportnumber.
66. Martín, J.; Ferrándiz, U. (1995). *Actividades de garantía de calidad en 62 hospitales del Sistema Nacional de Salud en España*; Rev Esp Salud Pública, 69 (3/4): 341-348.
67. Martin, V.; Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. 1.^a edição. Monitor – Projetos e Edições, Lisboa.
68. Martins, C. S. O. (2009). *As Percepções de Justiça Organizacional na Avaliação de Desempenho em Enfermagem*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Gestão e Economia, orientada por Prof. Doutora Felipa Lopes dos Reis, Covilhã.

69. Matos, D. C. (2010). Práticas de Gestão da Qualidade no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – estudo da manutenção hospitalar e do projeto de acreditação. Relatório de Estágio Curricular. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.
70. McMillen, C.; Zayas, L.; Books, S.; Lee, M. (2008). *Quality Assurance and Improvement Practice in Mental Health Agencies: Roles, Activities, Targets and Contributions*; Adm Policy Ment Health, 35 (6): 458-467, November.
71. Medeiros, D.D. (2000). *Diagnóstico e análise de Sistemas da Qualidade: Um modelo para avaliação e preparação dos sistemas para a certificação ISO 9000*; Produção, ABEPRO, Rio de Janeiro, 9 (2): 49-64.
72. Mendes, A. C. G.(2009). Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: uma abordagem por triangulação de métodos. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Doutor em Ciências, orientada por Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, coorientada por Prof. Dr. Ricardo Antonio Wanderley Tavares, Recife.
73. Mendes, G. (2009). *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*; Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 18 (1): 165-169, jan-mar.
74. Molero, T.; Panunzio, A.; Cruz, S.; Núñez, M.; Zambrano, M.; Parra, I.; Sánchez, J. (2010). *Gestión de la calidad de atención em laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaib, Venezuela*; Rev. Salud Pública, 12 (4): 658-668.
75. Moreno Rodríguez, A. (2005). *La calidad de la acción de enfermería*; Enfermería Global, 6, mayo. Disponível em <http://www.um.es/eglobal/>, acessado em 15/07/2014.
76. Muñiz, J. (2003). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirâmide.
77. Muñiz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto E., Martinez, R.J. e Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
78. Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. e Pimenta, C. (2001). *Introdução à Estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.

79. Neumann, V. N. (2007). QdV no Trabalho: Percepções da Equipe de Enfermagem na Organização Hospitalar, Belo Horizonte. Disponível em www.bibliotecadigital.ufmg.br, acessado em 12/05/2014.
80. Nogueira, S. G. (2008). Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde: uma abordagem da avaliação do desempenho. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia, Especialização em Organizações, Trabalho e Emprego, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Departamento de Sociologia, orientada por Prof. Doutor Paulo Pereira de Almeida, Lisboa.
81. Nonino, E. A.; Anselmi, M. L.; Dalmas, J. C. (2008). *Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário*; Rev Latino-am Enfermagem, 16 (1), janeiro-fevereiro. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae acessado em 04/11/2014.
82. Norma Portuguesa – Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos - NP EN ISO 9001:2008. Instituto Português da Qualidade.
83. Novaes, H. M. (2000). *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde*; Rev. Saúde Pública, 34 (5): 547-559, out. Disponível em www.fsp.usp.br/rsp acessado em 04/12/2011.
84. Nunnaly, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
85. Ohldin, A.; Mims, A. (2002). *The search for value in health care: a review of the national committee for quality assurance efforts*; Journal of the National Medical Association, 94 (5), May.
86. Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos.
87. Ordem dos Enfermeiros (2004); Suplemento da Revista n.º 13, julho.
88. Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem da OE, março.
89. Orden, S. G.; Rieiro, C. R.; Lucéron, M.; García, A. C.; Escribano, D.; Pérez, P. (2007). *Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006*; Rev Esp Salud Pública, 81(6): 637-645.

90. Österle, A. (2010). *Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a 'New' Social Risk*; Social Policy & Administration, 44 (4): 461-480, August.
91. Pereira, A. (2008). SPSS – Guia prático de utilização. 7ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
92. Pereira, C. M. F. (2009). Marketing de Serviços de Aviação Comercial – Síntese evolutiva para o baixo custo. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre, Universidade Lusíada, orientada por Prof. Doutora Felipa Lopes dos Reis, Lisboa.
93. Pérez Company, P. (2002). *Pensando en la calidad de los cuidados*; Enfermería Global, 1, noviembre. Disponível em <http://www.um.es/eglobal/>, acessado em 15/07/2013.
94. Pérez, C. M.; Reyes, R. M.; Abreu, M. C.; Fortes, M. P.; Ochoa, I. I. (2008). *La evaluación de la satisfacción em salud: un reto a la calidad*; Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, 34 (4), out-dez.
95. Pestana, Maria Helena; Gageiro, João Nuno (2008). *Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. 5.ª ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.
96. Pontinha, C. M. R. (2008). A QdV do Doente Oncológico e suas determinantes. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Departamento de Gestão e Economia, orientada por Prof. Doutora Anabela Almeida, Covilhã.
97. Portela, M. C.; Lima, S. M.; Ugá, M. A.; Gerschman, S.; Vasconcellos, M. T. (2010). *Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (2): 399-408, fev.
98. Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*, 4.ª edição. Gradiva, Lisboa.
99. Ramírez, A. M.; Puga, M. Á.; Rodríguez, F. N.; Uribe, J. R.; Ramos, A. R.; Urrea, I. V. (1996). *Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (3): 399-403, jul-set.

100. Rao, T. R. R. (2011). *Application of Lot Quality Assurance Sampling for Assessing Disease Control Programs - Examination of some methodological issues*; International Journal of Engineering Science and Technology (IJEST), 3 (2): 1086-1090.
101. Rattner, D. (1996). *A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (Sup 2): 21-32.
102. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Decreto-lei n.º 101/2006 – Diário da República, I Série – A, n.º109, 06/06/2006, 3856-3865.
103. Reis, F. L. (2010). Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha. Pactor - Grupo Lidel, Lisboa.
104. Rencoret S., G. (2003). *Auditoria medica: demandas y responsabilidad por negligencias medicas. Gestion de calidad: riesgos y conflictos*; Revista Chilena de Radiología, 9 (3): 157-160.
105. Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 1ª edição. Manuais Universitários 12 – Série Metodologias. Climepsi Editores, Lisboa.
106. Román, C. A. (2006). *La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado*; Rev Cubana Enferm, 22 (3).
107. Salazar, F.; Centeno, N.; Navarro, M. (2007). *Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos*; Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Colombia, 6 (13): 139-168, julio-diciembre.
108. Sandle, L. N. (2005). *The management of external quality assurance*; J Clin Pathol., 58 (2): 141-144, February.
109. Santana, S. (2010). *Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality*; Social Policy & Administration, 44 (4): 512-528, August.
110. Santos, J. A.; Inoue, K. C.; Selegim, M. R.; Matsuda, L. M. (2010). *Análise da qualidade de produção científica referente à satisfação do cliente/paciente*; Invest Educ Enferm, 28 (3): 405-415.
111. Saraiva, P. (2010). *O futuro da qualidade em Portugal*. 1ª edição. Edição APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade, Lisboa.

112. Schraiber, L. B.; Peduzzi, M.; Sala, A.; Nemes, M. I.; Castanhera, E. R.; Kon, R. (1999). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas*; Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2): 221-242.
113. Seidl, E. M.; Zannon, C. M. (2004). *QdV e saúde: aspetos conceituais e metodológicos*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588, mar-abr.
114. Serapioni, M. (2009). *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*; Revista Crítica de Ciências Sociais, 85: 65-82, junho.
115. Silva, A.; Pinto, J. M. (2003). *Metodologia das Ciências Sociais*. 12ª edição. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento, Porto.
116. Silva, C. A.; Saraiva, M.; Teixeira, A. (2010). *A Qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar*. 1ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
117. Silva, M. G. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. 1ª edição. Monitor – Projetos e Edições, Lisboa.
118. Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd edn). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum.
119. Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª edição. Lusociência, Loures.
120. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo (1998). **Programas de Garantía de Calidad de la Atención de Salud**; Organización Panamericana de la Salud, noviembre.
121. Tavares, J.P.A. (2008). *Em direção á conceptualização dos cuidados continuados de Enfermagem*. Universidade de Aveiro.
122. Tavares, J. P.; Silva, A. L. (2010). *Barreiras e soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: percepções de Enfermeiros (as)*; Revista de Enfermagem Referência, III (1): 17-28, julho.
123. Theobald, K.; Capan, M.; Herbold, M.; Schinzel, S.; Hundt, F. (2009). *Quality assurance in non-interventional studies*; German Medical Science e-journal, 7. Disponível em <http://www.egms.de/en/gms/2009-7/000088.shtml>, acedido em 05/05/2013.
124. Tsaloglidou, A. (2009). *Does the Audit Improve the Quality of Care?*; International Journal of Caring Sciences, 2 (2): 65-72. Disponível em <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>, acedido em 27/08/2014.

125. Tuckman, B. W. (2005). *Manual de investigação em Educação*, 3.^a Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
126. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
127. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Normas para Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento (Aplicáveis às dissertações de Mestrado) – Despacho n.º 101/2009 de 26 de Maio, revoga o Despacho n.º 52/2008, de 12 de Maio.
128. Urquiza, R. (2004). *Conceptos de Calidad en Salud; Evidencia – Actual. Práctica Ambulatoria*, 7: 152-155.
129. Villahoz, P. A.; Vírveda, J. A. (2011). *Evaluación de un archivo de historias clínicas mediante la aplicación de métodos de control estadístico de la calidad*; Rev Esp Salud Pública, 85: 391-404, julio-agosto.
130. Whittaker, S. (2007). *Defenitions of quality in health services*. Building Quality in Health Care Vol. 1 No. 1.

ANEXOS

Caro (a) Sr. (ª) Fisioterapeuta

No âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, da Universidade Lusófona – Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, estou a desenvolver um trabalho de investigação onde pretendo analisar as perceções dos fisioterapeutas, que desempenham as suas funções nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, relativamente aos padrões de qualidade que são praticados nas mesmas e como isso influencia os cuidados de saúde prestados.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, o qual se destina exclusivamente à realização deste estudo.

Tenha em atenção a existência de diferentes pontuações nas escalas tipo Likert que se apresentam para resposta a cada questão e que estão colocadas no início de cada instrumento. Não existem respostas certas nem erradas e é importante que responda a todos os itens.

Após o seu preenchimento deve colocá-lo no envelope e fechá-lo.

Seja tão **sincero** e **espontâneo** quanto possível. Realço que este questionário é **anónimo**.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Filipa Neto

e-mail: filipaafneto@gmail.com

De seguida apresentam-se várias questões/afirmações relativas à Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação, assinale aquela que melhor se adequa à sua opinião.

1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.

10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

Caracterização sócio demográfica

Assinale com um x a resposta apropriada às seguintes questões:

1. Género

Feminino Masculino

2. Idade anos

3. Estado Civil

Solteiro

Divorciado

União de fato

Casado

Viúvo

4. Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura

Pós-graduação

Mestrado

Doutoramento

5. Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão

Tempo indeterminado

Termo certo

Prestação de serviço

6. Antiguidade na profissão anos

7. Antiguidade na organização anos

FIM DO QUESTIONÁRIO

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II

Caro (a) Sr. (ª) Enfermeiro (a)

No âmbito do mestrado em Cuidados Continuados Integrados, da Universidade Lusófona – Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde, estou a desenvolver um trabalho de investigação onde pretendo analisar as perceções dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade que são praticados nas mesmas e como isso influencia os cuidados de saúde prestados.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, o qual se destina exclusivamente à realização deste estudo.

Tenha em atenção a existência de diferentes pontuações nas escalas tipo Likert que se apresentam para resposta a cada questão e que estão colocadas no início de cada instrumento. Não existem respostas certas nem erradas e é importante que responda a todos os itens.

Após o seu preenchimento deve colocá-lo no envelope e fechá-lo.

Seja tão **sincero** e **espontâneo** quanto possível. Realço que este questionário é **anónimo**.

Agradeço desde já a sua colaboração,

Rita Martins

e-mail: ritatorres82@gmail.com

25. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

26. A relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade são valorizados.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

27. Acha pertinente assegurar a informação e consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.

28. É sempre salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

29. É sempre respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

30. Acha pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

31. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Raramente Ocasionalmente Por vezes Com alguma Frequentemente
frequência

De seguida apresentam-se várias afirmações relativas à Organização e Funcionamento da Unidade, assinale aquela que melhor se adequa à sua opinião.

Sim Não Não sei

A Unidade possui regulamento interno e este foi submetido à aprovação da Equipa Coordenadora Regional.

A Unidade estabeleceu o seu organigrama.

A Unidade estabeleceu as funções e responsabilidades de cada profissional.

Existem protocolos/procedimentos de atuação definidos e divulgados.

É realizada uma avaliação contínua da prestação de cuidados.

Os medicamentos estão devidamente armazenados e identificados e existe um profissional responsável.

Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.

Existe um plano anual de formação profissional proposto pela Unidade.

Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.

Os profissionais têm acesso a serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.

As acessibilidades e áreas de circulação da Unidade e exterior são adequadas.

Existe um Plano de Emergência Interno e são feitos simulacros.

É feito um controlo de infeção adequado.

Os resíduos são devidamente acondicionados.

Questões adaptadas da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” (BIQ consulting).

Caracterização sócio demográfica

Assinale com um x a resposta apropriada às seguintes questões:

8. Género

9. Feminino Masculino

10. Idade anos

11. Estado Civil

Solteiro

Divorciado

União de fato

Casado

Viúvo

12. Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura

Curso de especialidade

Pós-graduação

Mestrado

Doutoramento

13. Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão

Tempo indeterminado

Termo certo

Sem termo

Prestação de serviço

14. Antiguidade na profissão anos

15. Antiguidade na organização anos

16. Antiguidade no atual serviço anos

17. Categoria profissional: _____

FIM DO QUESTIONÁRIO

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO III

1. Métodos estatísticos utilizados

Bibliografia:

Guimarães, R. C. e Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*, 2ª Edição. Verlag Dashöfer, 2010.

Maroco, João (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5.ª Edição. Edições ReportNumber.

Pode consultar a referência em:

<http://www.wook.pt/ficha/analise-estatistica-com-o-spss-statistics/a/id/11462384>

Maroco, João (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 3.ª Edição. Edições Sílabo, Lisboa.

Pode consultar a referência em:

<http://www.wook.pt/ficha/analise-estatistica-com-utilizacao-do-spss/a/id/194520>

Pestana, Maria Helena; Gageiro; João Nuno (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. 5.ª Ed. Rev. e corrigida, Edições Sílabo, Lisboa.

Pode consultar a referência em:

<http://www.wook.pt/ficha/analise-de-dados-para-as-ciencias-sociais/a/id/220124>

Tuckman, B. W. (2005). *Manual de investigação em Educação*, 3.ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 4.ª Edição. Lisboa: Gradiva.

Disponível em:

<http://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhoudt-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>

Amostras grandes: a distribuição tende para a normalidade:

MURTEIRA, B., RIBEIRO, C., SILVA, J. & PIMENTA, C. (2001). *Introdução à estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.

Para amostras com mais de 30 elementos em cada um dos grupos em estudo, a violação dos pressupostos da normalidade e da homocedasticidade não põe em causa as conclusões (Gravetter & Wallnau, 2000, p 302; Stevens, 1996, p 242). Sempre que a dimensão da amostra estiver nestas condições, não será necessário verificar os pressupostos e podem aplicar-se os testes paramétricos, caso contrário, os testes paramétricos serão substituídos por testes não paramétricos.

Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2000). *Statistics for the behavioral sciences* (5th ed). Belmont, CA: Wadsworth.

Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd edn). Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum.

1.1. Estatística Descritiva

Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas.

As variáveis quantitativas foram analisadas a partir das respetivas categorias enquanto que as variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através do cálculo de alguns dados relevantes, como:

- Os valores médios obtidos para cada questão (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior à média da escala).
- Os valores do desvio padrão associados a cada questão que representam a dispersão absoluta de respostas perante cada questão.
- O coeficiente de variação, que ilustra a dispersão relativa das respostas: quanto maior, maior é a dispersão de respostas.
- Os valores mínimos e máximos observados.
- Gráficos ilustrativos dos valores médios das respostas dadas às várias questões.

1.2. Análise de consistência interna de escalas

Referências:

- CRONBACH, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16, 297-334.
- ANASTASI, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- DEVELLIS, R.F. (1991). *Scale Development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- HILL, M., & HILL, A. (2002). *Investigação por questionário (2a ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- MUÑIZ, J. (2003). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirâmide.
- MUÑIZ, J., FIDALGO, A.M., GARCÍA-CUETO, E., MARTINEZ, R.J. & MORENO, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- NUNNALLY, J.C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem. O procedimento utilizado calcula medidas de consistência interna da escala e também fornece informação sobre as relações entre itens individuais numa escala.

O Alfa (Cronbach) é um modelo de consistência interna, baseado na correlação inter-item, sendo o modelo mais utilizado nas ciências sociais para verificação de consistência interna e validade de escalas:

O Alfa de Cronbach mede a fidelidade ou consistência interna de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão. Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o alfa de Cronbach será baixo. Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão.

Note-se que um coeficiente de consistência interna de 0.80 ou mais é considerado como “bom” na maioria das aplicações de Ciências Sociais e um coeficiente de consistência interna entre 0.70 e 0.80 é considerado como aceitável. Em alguns estudos admitem-se valores de consistência interna de 0,60 a 0,70, nomeadamente quando as amostra apresentam reduzida dimensão.

1.3. Intervalos de confiança

Os intervalos de confiança são determinados com um grau de confiança de 95%. Os intervalos de confiança são um instrumento da inferência estatística, que permitem inferir sobre os intervalos de valores que se observam para a população, a partir de dados da amostra e também averiguar se diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

Ao valor de 95% para o grau de confiança está associado um valor complementar de 5%, que é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Para as variáveis quantitativas, apresentam-se os valores médios e o limite inferior (LI) e limite superior (LC) do intervalo de confiança, com um grau de confiança de 95%. Estes dados permitem concluir sobre os intervalos de valores que se observam para a população e comparar quaisquer duas variáveis quantitativas:

- Se existir sobreposição entre os valores do intervalo de confiança, significa que não podemos considerar que as duas variáveis em análise apresentam valores diferentes, em média.
- Se não existir sobreposição entre os valores do intervalo de confiança, significa que podemos considerar que as duas variáveis em análise apresentam valores diferentes, em média.

Estas conclusões são estabelecidas para um nível de significância de 5%, tal como todos os testes de hipóteses utilizados nas Ciências Sociais.

1.4. Coeficientes de Correlação: Pearson e Spearman

Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, como as resultantes da construção de escalas, podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R, que é uma medida da associação linear entre variáveis quantitativas

e varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos, tanto maior é a associação entre as variáveis.

É necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar coeficiente de correlação de Pearson é necessário verificar este pressuposto.

O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

- H_0 : A variável segue uma distribuição normal.
- H_1 : A variável não segue uma distribuição normal.

Para que se possa aplicar o coeficiente de correlação de Pearson R, tem que verificar-se a normalidade das distribuições para todas as variáveis relacionadas. Quando tal não se verifica, a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida. Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman, que não é sensível a assimetrias de distribuição e não exige a normalidade da distribuição dos dados.

2. Estatística Descritiva

A amostra é constituída por 20 fisioterapeutas.

2.1. Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.

Tabela de frequências de respostas

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	1	5,0%			9	45,0%	4	20,0%	6	30,0%
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	1	5,0%			4	20,0%	6	30,0%	9	45,0%
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.					3	15,0%	6	30,0%	11	55,0%
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.	6	31,6%	3	15,8%	2	10,5%	3	15,8%	5	26,3%
5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?					1	5,0%	9	45,0%	10	50,0%
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.			1	5,0%	2	10,0%	5	25,0%	12	60,0%
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).	1	5,0%	1	5,0%	2	10,0%	5	25,0%	11	55,0%
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.					2	10,0%	3	15,0%	15	75,0%
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.							4	20,0%	16	80,0%
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.							5	25,0%	15	75,0%
11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.					2	10,0%	6	30,0%	12	60,0%
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?					2	10,0%	4	20,0%	14	70,0%
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.					2	10,0%	5	25,0%	13	65,0%
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	2	10,5%			2	10,5%	5	26,3%	10	52,6%
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?							8	40,0%	12	60,0%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Raramente; 2- Ocasionalmente; 3- Por vezes; 4- Com alguma frequência; 5- Frequentemente.

16. Acha importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?

	Frequência	Percentagem
Nada		
Pouco		
Moderadamente	2	10,0
Bastante	2	10,0
Muito	16	80,0
Total	20	100,0

Estatísticas

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	20	3,70	1,08	29%	1	5
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	20	4,10	1,07	26%	1	5
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	20	4,40	0,75	17%	3	5
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.	19	2,89	1,66	57%	1	5
5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?	20	4,45	0,60	14%	3	5
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.	20	4,40	0,88	20%	2	5
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas	20	4,20	1,15	27%	1	5
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.	20	4,65	0,67	14%	3	5
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	20	4,80	0,41	9%	4	5
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	20	4,75	0,44	9%	4	5
11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	20	4,50	0,69	15%	3	5
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	20	4,60	0,68	15%	3	5

Filipa Neto, Padrões de Qualidade em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perceção dos
Fisioterapeutas

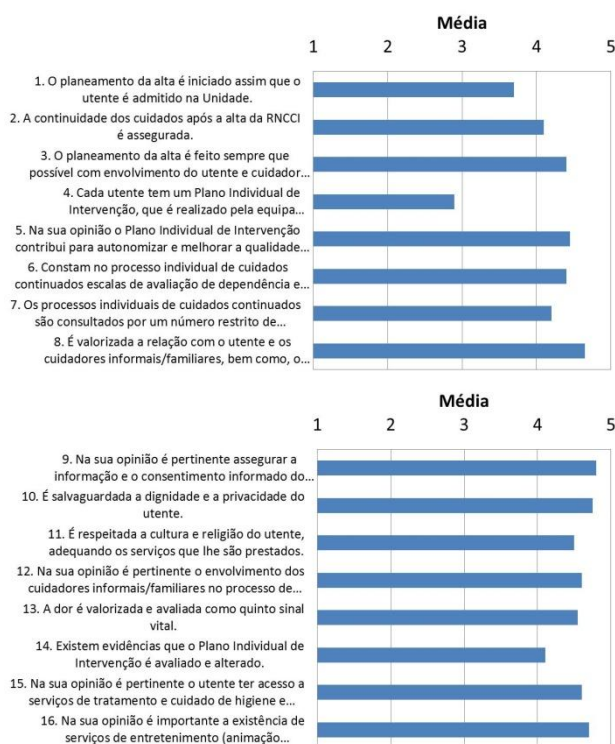
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	20	4,55	0,69	15%	3	5
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	19	4,11	1,29	31%	1	5
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza?	20	4,60	0,50	11%	4	5
16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento? *	20	4,70	0,66	14%	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Raramente; 2- Ocasionalmente; 3- Por vezes; 4- Com alguma frequência; 5- Frequentemente.

* 1- Nada; 2- Pouco; 3- Moderadamente; 4- Bastante; 5- Muito.

Ilustram-se graficamente os valores médios observados.



Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, os aspetos que se verificam com mais frequência são “9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar”, “10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente”, “16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?”, “8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade”, “12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?”

e “15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?” seguidos de “13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital”, “11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados”, “5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?”, “3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal” e “6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade”, e depois de “7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal)”, “14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado” e “2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada” e ainda de “1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade”, todos com uma frequência média claramente acima do ponto intermédio da escala de medida. Finalmente, surge o item “4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento”, com valor médio inferior ao ponto intermédio da escala de medida.

17. Na sua opinião, quais são os parâmetros que deveriam ser incluídos na avaliação da Qualidade das Unidades de Cuidados Continuados e que traduzem cuidados de excelência?

- Não respondido – NR (5 elementos)
- A avaliação da satisfação dos serviços prestados, a avaliação da colaboração e da autonomia das AVD'S
- A existência de equipas interdisciplinares incluindo também psicólogos que muitas vezes são subvalorizados
- Alimentação - os cuidados diferenciados na confeção das dietas variadas
- Assistência presencial num dia na unidade, assistindo assim às várias terapias e ao trabalho desenvolvido em toda a unidade
- Avaliação dos utentes pela própria unidade
- Competência profissional da equipa; eficácia e eficiência no controlo sintomático-conforto do doente, satisfação do doente-cuidador-família; satisfação da equipa; segurança; recursos disponíveis; acessibilidade; continuidade de cuidados após a morte (apoio ao luto-psicologia-apoio espiritual).
- Escalas de qualidade de vida
- Indicadores de processo relevantes para os doentes e mais indicadores de resultados
- Maior comunicação com outras entidades tais como Equipas de Cuidados Continuados Integrados, de forma a dar um feedback mais real no pós alta
- Melhorar a referenciação e os seus critérios de avaliação
- Melhorar dos critérios de avaliação de admissão de certos utentes; melhoria no encaminhamento e continuidade de manutenção/reabilitação após a alta; critérios específicos para o cuidador após vários descansos do cuidador
- Número de técnicos versus utentes , horário de cada utente, processos atualizados
- Os recursos humanos na área da reabilitação, mais propriamente o numero de fisioterapeutas por doente

- Planeamento da alta ser de acordo com as necessidades dos utentes; envolvimento permanente dos cuidadores.
- Seria importante avaliarem mais na prática a alimentação e rotinas da equipa multidisciplinar

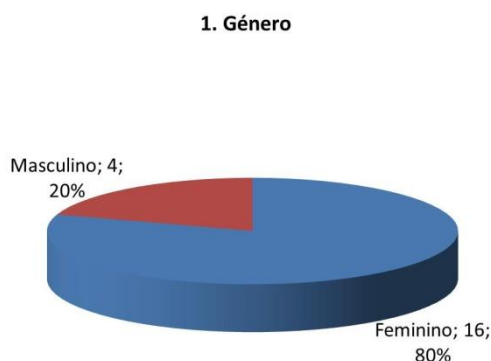
18. Na sua opinião quais são os parâmetros que são sobrevalorizados, presentemente, na avaliação da Qualidade das Unidades de Cuidados Continuados?

- Não respondido – NR (13 elementos)
- A alimentação, numero de pessoas na equipa técnica (relativas à reabilitação)
- Burocracias, como por exemplo os Instrumentos de Avaliação Integrados
- Considero que não existe um envolvimento adequado dos familiares e cuidadores no plano individual de intervenção dos utentes
- Dignidade, qualidade de vida, respeito pelo utente e família, opinião do utente
- Não posso responder, porque embora membro da equipa de cuidados paliativos de uma unidade da Rede nunca fui informada sobre quais os parâmetros existentes-regentes da qualidade.
- Os espaços físicos, nomeadamente serem quartos individuais
- Os registos dos Instrumentos de Avaliação Integrados

2.2. Caracterização sócio demográfica.

1. Género

	Frequência	Percentagem
Feminino	16	80,0
Masculino	4	20,0
Total	20	100,0



Na amostra, 80% são do género feminino e os restantes 20% do género masculino.

2. Idade

	Frequência	Percentagem
20-29 anos	12	60,0
30-39 anos	5	25,0
40-50 anos	1	5,0
Mais de 50 anos	2	10,0
Total	20	100,0

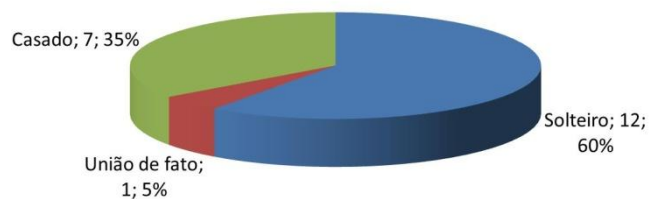


Na amostra, 60% tem 20-29 anos, 25% tem 30-39 anos, 5% tem 40-50 anos e 10% apresentam mais de 50 anos.

3. Estado Civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro	12	60,0
União de fato	1	5,0
Casado	7	35,0
Total	20	100,0

3. Estado Civil

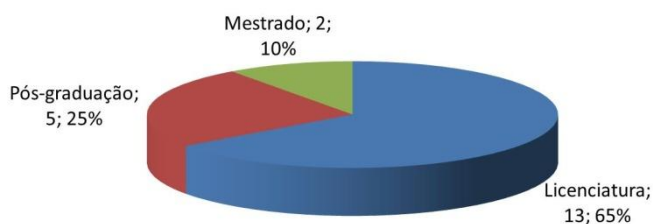


Na amostra, 60% são solteiros, 35% são casados e 5% (um elemento) vive em união de fato.

4. Habilitações académicas

	Frequência	Porcentagem
Licenciatura	13	65,0
Pós-graduação	5	25,0
Mestrado	2	10,0
Total	20	100,0

4. Habilitações académicas

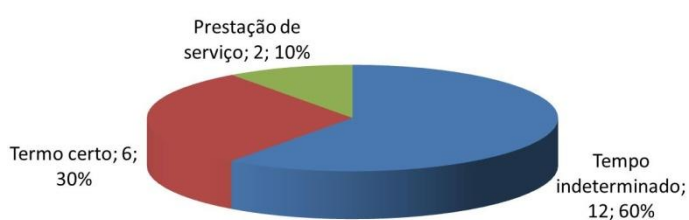


Na amostra, 65% têm licenciatura, 25% têm pós-graduação e 10% tem mestrado.

5. Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão

	Frequência	Percentagem
Tempo indeterminado	12	60,0
Termo certo	6	30,0
Prestação de serviço	2	10,0
Total	20	100,0

5. Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão

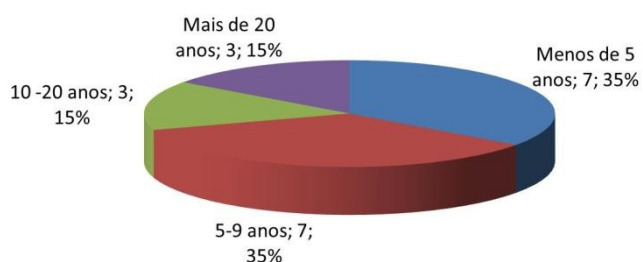


Na amostra, quanto ao tipo de vínculo com a instituição, 60% estão a tempo indeterminado, 30% sem termo e 10% estão em prestação de serviços.

6. Antiguidade na profissão

	Frequência	Percentagem
Menos de 5 anos	7	35,0
5-9 anos	7	35,0
10 -20 anos	3	15,0
Mais de 20 anos	3	15,0
Total	20	100,0

6. Antiguidade na profissão



Na amostra, 35% apresentam menos de 5 anos de antiguidade na profissão, 35% apresentam 5-9 anos, 15% tem 10-20 anos e 15% tem mais de 20 anos.

7. Antiguidade na organização

	Frequência	Porcentagem
Menos de 5 anos	10	50,0
5-9 anos	8	40,0
10 -20 anos	1	5,0
Mais de 20 anos	1	5,0
Total	20	100,0

7. Antiguidade na organização



Na amostra, 50% apresentam menos de 5 anos de antiguidade na organização, 40% apresentam 5-9 anos, 5% (um elemento) tem 10-20 anos e também 5% (um elemento) tem mais de 20 anos.

3. Análise de consistência interna dos parâmetros em estudo

Existem, segundo a “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, dois parâmetros que se subdividem e que são avaliados e essa avaliação traduz o nível de qualidade das unidades, sendo eles a “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e a “Gestão do Utente na Unidade”.

A escala da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” é uma escala ordinal do tipo Likert com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”) entre “raramente” e “frequentemente” para as questões 1 a 15 e entre “nada” e “muito” para a questão 16. É, assim, constituída por 16 itens, os quais se organizam em dois parâmetros, de acordo com a tabela seguinte.

Parâmetros/componentes da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”

PARÂMETROS/COMPONENTES	Itens
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	<p>2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.</p> <p>4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.</p> <p>5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?</p> <p>8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.</p> <p>9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.</p> <p>12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?</p> <p>13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.</p> <p>14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.</p>
Gestão do Utente na Unidade	<p>1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.</p> <p>3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.</p> <p>6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.</p> <p>7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito</p>

de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).

10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.

11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.

15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?

16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?

Estatísticas de consistência interna: Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,663	8

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,60, pelo que podemos considerar as oito variáveis medem de forma aceitável uma única dimensão: a Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que os itens 4 e 9 contribuem para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	,487	,604
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.	,323	,695
5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?	,332	,642
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.	,348	,637
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	,110	,673
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	,599	,601

13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	,198	,664
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	,700	,508

Estatísticas de consistência interna: Gestão do Utente na Unidade

Alfa de Cronbach	N de Itens
0,560	8

O valor do Alfa de Cronbach está próximo do valor de 0,60, pelo que podemos considerar as oito variáveis medem de forma próxima de aceitável uma única dimensão: a Gestão do Utente na Unidade.

Testes adicionais indicam que não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala, mas que os itens 1, 15 e 16 contribuem para que o valor do Alfa não seja mais elevado:

Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item: Gestão do Utente na Unidade

	Correlação Item- Total Corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	,160	,583
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	,515	,447
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.	,233	,541
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).	,347	,501
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	,417	,511
11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	,570	,438
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?	,074	,573
16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?	,034	,589

Conclusão: A “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” mede de forma aceitável, nesta amostra, os dois parâmetros em estudo: “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”, pelo que podemos utilizar os itens da grelha para constituir variáveis representativas dos dois parâmetros.

4. Dimensões representativas dos parâmetros em estudo

Para cada um dos parâmetros, os seus valores foram determinadas a partir do cálculo da média dos itens que os constituem.

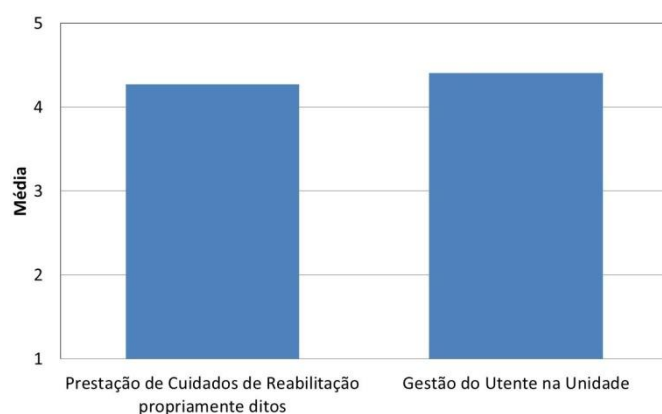
Estatísticas: Parâmetros da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.		
				Varição	Mínimo	Máximo
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	20	4,27	0,50	12%	3,13	5,00
Gestão do Utente na Unidade	20	4,41	0,40	9%	3,50	4,88

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- Nunca faço isto; 1- Faço isto algumas vezes; 2- Faço isto muitas vezes; 3- Faço sempre isto.

Gráfico de médias: Parâmetros da “Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”



Podemos verificar que, em média, os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade” têm uma apreciação muito positiva, bastante acima do ponto intermédio da escala de medida, sendo a apreciação ligeiramente superior para a “Gestão do Utente na Unidade”, comparativamente com a “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos”.

5. Objetivos

5.1. Identificar quais os parâmetros que os Fisioterapeutas mais valorizam na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

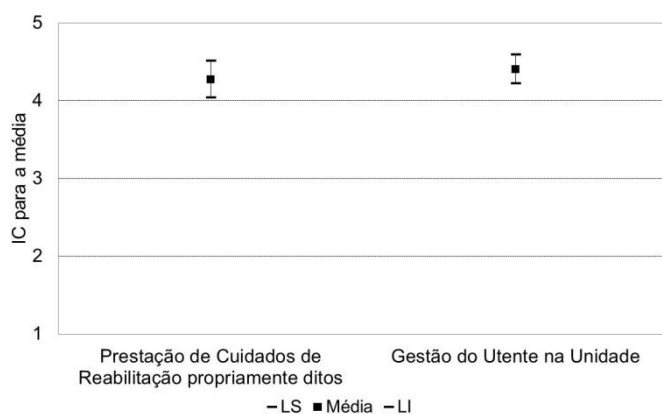
Apresentam-se os intervalos de confiança para os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”.

Intervalos de confiança a 95% para os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	4,27	4,04	4,51
Gestão do Utente na Unidade	4,41	4,22	4,59

Comparando o parâmetro “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” com um IC a 95% de [4,04 ; 4,51] com o parâmetro “Gestão do Utente na Unidade” com um IC a 95% de [4,22 ; 4,59], existe sobreposição e não se pode concluir que a valorização seja diferente para os dois parâmetros.

Gráfico dos Intervalos de confiança a 95% para os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”

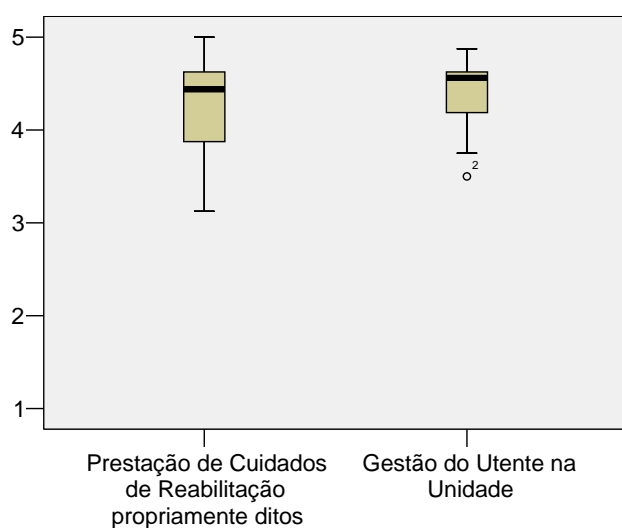


Podemos concluir que os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade” são valorizados muito acima do ponto intermédio da escala de medida, sendo os respetivos intervalos de confiança para a média até superiores ao ponto “4” da escala de medida, não se verificando uma diferença estatisticamente significativa entre a avaliação dos dois parâmetros.

Portanto, ambos os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade” são bastantes valorizados pelos fisioterapeutas e não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a valorização que os fisioterapeutas fazem de cada um dos parâmetros.

Também se pode observar a distribuição de todos os valores observados para os parâmetros, através dos diagramas tipo caixa:

Diagrama tipo caixa: Parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”



Pode observar-se a distribuição de todos os valores de ambos os parâmetros, verificando-se que a distribuição de valores da valorização da “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e da “Gestão do Utente na Unidade” é semelhante, não se verificando nenhum valor inferior ao ponto intermédio da escala de medida para ambos os parâmetros.

5.2. Averiguar se a avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contribui ou não para a melhoria dos cuidados prestados

Neste objetivo temos presentes os dois conceitos associados a cada um dos parâmetros da grelha utilizada:

- Variável independente: a perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo parâmetro “Gestão do Utente na Unidade”
- Variável dependente: a prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo parâmetro “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos”

5.2.1. Para as variáveis representativas dos dois parâmetros

Numa primeira análise, procedemos à análise da relação entre os parâmetros em estudo. As variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, pelo que podem ser analisadas utilizando o coeficiente de correlação de Pearson R.

É necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis, com o teste K-S:

Teste K-S: Verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores dos parâmetros

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos	,174	20	0,116
Gestão do Utente na Unidade	,208	20	* 0,023

a Correção de significância de Lilliefors * $p < 0,05$

O pressuposto da normalidade não se verifica para uma das variáveis em estudo, pelo que deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Na tabela seguinte, apresenta-se o valor do coeficiente de correlação de Spearman e o valor de prova do teste.

Correlação de Spearman: Relação entre a “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e a “Gestão do Utente na Unidade”

Gestão do Utente na Unidade		
Prestação de Cuidados:	Coef. Correlação	0,650(**)
de Reabilitação	Valor de prova	0,002
propriamente ditos	N	20

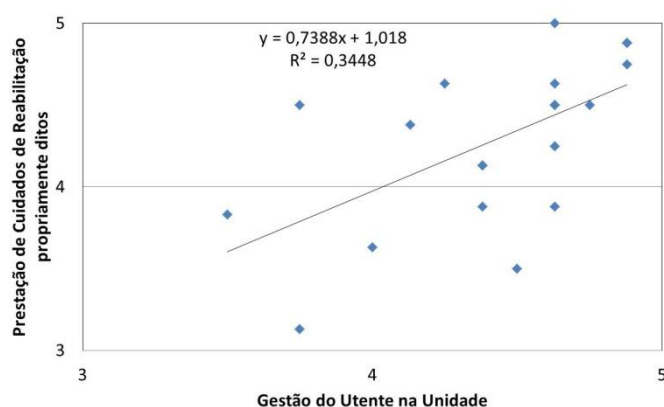
** Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

Verifica-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre a valorização da “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e a valorização da “Gestão do Utente na Unidade”, significa que, a uma maior perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo parâmetro “Gestão do Utente na Unidade” corresponde uma maior valorização da prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo parâmetro “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos”.

Conclusão: a perceção dos fisioterapeutas da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contribui para uma maior valorização dos cuidados prestados.

No gráfico seguinte ilustra-se graficamente esta relação, que apresenta um coeficiente de correlação de Spearman 0,650 e um coeficiente de determinação de 0,345, o que significa que a perceção dos fisioterapeutas sobre os padrões de qualidade, determinada pelo parâmetro “Gestão do Utente na Unidade” explica 34,5% da valorização da prestação diária de cuidados de saúde e reabilitação, determinada pelo parâmetro “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos”, de uma forma estatisticamente significativa.

Gráfico: relação entre os parâmetros “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e “Gestão do Utente na Unidade”



5.2.2. Relação entre todos os itens em estudo

Nesta segunda análise, procedemos à análise da relação entre cada um dos itens que constituem os parâmetros em estudo.

É também necessário verificar a normalidade das distribuições das variáveis.

Teste K-S: Verificação do pressuposto da normalidade da distribuição dos valores dos itens

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.	,293	19	** 0,000
4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.	,188	19	0,074
5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?	,332	19	** 0,000
8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.	,442	19	** 0,000
9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	,482	19	** 0,000
12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	,443	19	** 0,000
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	,383	19	** 0,000
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	,283	19	** 0,000
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	,223	19	* 0,014
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	,353	19	** 0,000
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.	,366	19	** 0,000
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).	,339	19	** 0,000
10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	,482	19	** 0,000
11. É respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	,388	19	** 0,000
15. Na sua opinião é pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?	,376	19	** 0,000
16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?	,471	19	** 0,000
a Correção de significância de Lilliefors	* p < 0,05	** p < 0,01	

O pressuposto da normalidade não se verifica para todas as variáveis, exceto uma, deve utilizar-se o coeficiente de correlação de Spearman.

Correlação de Spearman: Relação entre os itens da “Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos” e os itens da “Gestão do Utente na Unidade”

N =20

Itens da Gestão do Utente na Unidade.

Filipa Neto, Padrões de Qualidade em Unidades de Cuidados Continuados Integrados: Perceção dos
Fisioterapeutas

		1.	3.	6.	7.	10.	11.	15.	16.	
Itens da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos.	2	r	0,139	0,342	0,653(**)	0,266	0,053	0,337	-0,217	-0,351
		p	0,558	0,139	0,002	0,256	0,823	0,146	0,357	0,129
	4	r	0,197	0,261	0,258	-0,018	-0,255	-0,032	0,120	-0,568(*)
		p	0,420	0,281	0,287	0,941	0,293	0,897	0,624	0,011
	5	r	0,092	-0,007	0,500(*)	0,113	0,079	0,035	0,060	-0,024
		p	0,701	0,978	0,025	0,635	0,740	0,883	0,802	0,919
	8	r	0,414	0,387	-0,058	-0,008	0,449(*)	0,282	0,280	0,227
		p	0,070	0,092	0,807	0,974	0,047	0,228	0,232	0,335
	9	r	-0,266	0,085	0,111	0,503(*)	0,000	-0,174	0,102	0,031
		p	0,256	0,723	0,641	0,024	10,000	0,462	0,669	0,897
	12	r	0,126	0,377	0,405	0,622(**)	0,149	0,051	0,132	0,112
		p	0,598	0,101	0,076	0,003	0,530	0,829	0,580	0,637
	13	r	0,299	0,445(*)	-0,103	0,215	0,226	-0,076	0,052	0,137
		p	0,200	0,049	0,667	0,363	0,339	0,751	0,826	0,565
	14	r	0,346	0,519(*)	0,578(**)	0,262	0,013	0,065	0,224	0,175
		p	0,146	0,023	0,010	0,279	0,958	0,793	0,358	0,473

** Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.

* Correlação normal, para um nível de significância de 0.05.

Verificam-se relações estatisticamente significativas entre:

- “2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é assegurada.” e:
 - “6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.”
- “5. Na sua opinião o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?” e:
 - “6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta na admissão e na alta da Unidade.”
- “8. É valorizada a relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade.” e:
 - “10. É salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.”
- “9. Na sua opinião é pertinente assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.” e:

- “7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).”
- “12. Na sua opinião é pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?” e:
 - “7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas (equipa multidisciplinar, utente e cuidador informal).”
- “13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.” e:
 - “3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.”
- “14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.” e:
 - “3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.”

Estas correlações estatisticamente significantes são positivas: significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo da outra, o que permite concluir que os itens da Gestão do Utente na Unidade apresentados são mais valorizados por quem valoriza mais os itens da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos, para as relações apresentadas.

Conclusão: para as relações assinaladas, as perceções dos fisioterapeutas, relativamente aos itens da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, estão relacionadas positivamente com uma maior valorização dos cuidados prestados (itens da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos).

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre:

- “4. Cada utente tem um Plano Individual de Intervenção, que é realizado pela equipa multidisciplinar, em conjunto com o mesmo e o seu cuidador informal/familiar, nos primeiros dois dias de internamento.” e:

- “16. Na sua opinião é importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?”

Esta correlação estatisticamente significativa é negativa: significa que a um aumento de uma variável corresponde uma diminuição significativa da outra, o que permite concluir que o item da Gestão do Utente na Unidade apresentado é mais valorizado por quem valoriza menos o item da Prestação de Cuidados de Reabilitação propriamente ditos.

