

RITA ISABEL TORRES MARTINS

**GESTÃO DA QUALIDADE NAS UNIDADES DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE
LISBOA E VALE DO TEJO**

Orientadora: Professora Doutora Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

RITA ISABEL TORRES MARTINS

**GESTÃO DA QUALIDADE NAS UNIDADES DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE
LISBOA E VALE DO TEJO**

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 Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis

Coorientadora: Professora Adelina Motta Cruz

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

*A Qualidade não reside nas coisas nem nas pessoas, mas na relação
entre elas.*

Rachel Regis

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e ao meu namorado.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho desta dimensão tem sempre incontáveis contribuições de inúmeras pessoas e instituições.

Agradeço a disponibilidade e dedicação da minha Orientadora, a Professora Felipa Cristina Henriques Rodrigues Lopes dos Reis, pois foi um pilar importante para a minha aprendizagem, esclareceu-me as dúvidas que iam surgindo e ajudou-me bastante na minha pesquisa, incentivou-me a ser exigente em todos os sentidos.

Agradeço à minha Coorientadora, a Professora Adelina Motta Cruz, pela ajuda e disponibilidade sempre demonstradas. E pela transmissão de conhecimentos essenciais nesta área, bem como, nas pesquisas efetuadas.

Agradeço a disponibilidade dos colegas de trabalho que me facilitaram as trocas de turnos para poder realizar este Mestrado.

Agradeço o apoio da família e amigos que sempre me incentivaram e me apoiaram nos momentos difíceis.

Agradeço aos professores que lecionaram as várias Unidades Curriculares, pois todas elas foram um grande contributo para o aumento dos meus conhecimentos na área em questão.

Obrigada a todos os colegas do curso, foram e serão sempre amigos que guardarei no coração.

Não podia também deixar de agradecer aos inquiridos, pois sem as suas respostas a concretização deste trabalho não seria possível.

RESUMO

A preocupação crescente com os padrões de qualidade nos serviços de saúde, onde se incluem as Unidades de Cuidados Continuados Integrados, parece constituir-se como um marco de viragem importante nos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde têm vindo a evoluir, sendo o objetivo de todas as instituições promover a melhoria contínua da qualidade com que os mesmos são prestados, obrigando a estudos aprofundados sobre a temática em questão.

Cada vez mais se assiste a um aumento da esperança média de vida e consequentemente ao aumento da prevalência de doenças crónicas, tal situação conduz ao prolongamento da vida e é exigido a todo o custo a prestação de cuidados de saúde com a maior qualidade possível, que visem a autonomização e a melhoria da qualidade de vida do cliente. Como tal, o objetivo principal deste trabalho foi 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. Os objetivos específicos do estudo são a identificação dos parâmetros que os enfermeiros valorizam mais na avaliação da qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e averiguar qual a pertinência da avaliação da qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou seja, se contribui ou não para a melhoria dos cuidados prestados.

Este é um estudo descritivo, mais concretamente, um estudo de caso, em que o método de recolha de dados utilizado foi o questionário, constituído por perguntas de resposta aberta, resposta fechada e escolha múltipla. As duas principais conclusões do estudo são que, as perceções dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade (itens da Organização e Funcionamento da Unidade), estão relacionadas positivamente com os cuidados de saúde prestados (itens da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação). E os cuidados de saúde prestados (Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação) são explicados em 42,8% pelas perceções globais dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade (Organização e Funcionamento da Unidade).

Palavras-chave: Qualidade; Gestão da Qualidade; Cuidados Continuados; Garantia da Qualidade

ABSTRACT

The increasing concern with the standards of quality in the health services, where are included the Units of Integrated Long-term Care, consists as a landmark of an important turning point in the health care. The health care has been suffering an evolution, being the objective of all the institutions to promote the continuous improvement of quality of care, compelling the deepened studies about this thematic.

As the average hope of life increases, the prevalence of chronic illnesses increases too, such situation leads us to the prolongation of life and is demanded at any cost to give quality health care, that aim a bigger autonomy and the improvement of the quality of life of the customer. As such, the main objective of this work is to analyze the perceptions of the nurses, from the Units of Integrated Long-term Care of Lisbon and Tejo Valley, relatively to the standards of quality that are practiced in the same ones and how this influences health care that is given. The specific objectives of the study are the identification of the parameters that the nurses value more in the evaluation of the quality of the Units of Integrated Long-term Care of Lisbon and Tejo Valley and to inquire which the relevancy of the evaluation of the quality of the Units of Integrated Long-term Care of Lisbon and Tejo Valley, so if it contributes or not to the improvement of the given cares.

This is a descriptive study, specifically, a case study, where the method of retraction of data used was the questionnaire, constituted of questions of opened reply, closed reply and multiple choice. The two main conclusions of the study are that, the perceptions of the nurses, from the Units of Integrated Long-term Care of Lisbon and Tejo Valley, relatively to the quality standards (item of the Organization and Functioning of the Unit), are related positively with the given cares of health (item of the Installment of Cares of Health and Whitewashing). And the health care given (Installment of Cares of Health and Whitewashing) are explained in 42,8% for the global perceptions of the nurses, from the Units of Integrated Long-term Cares of Lisbon and Tejo Valley, relatively to the quality standards (Organization and Functioning of the Unit).

Key-words: Quality; Quality Management; Continued Cares; Quality Assurance

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Am – American

APA – American Psychological Association

Bras – Brasileira

Cad. – Cadernos

Cardiovasc – Cardiovascular

CCI – Cuidados Continuados Integrados

Cir – Cirurgia

Clin – Clinical

Educ – Educação

Enferm – Enfermagem

Esp – Espanhola

Ginecol – Ginecologia

Invest – Investigação

J – Journal

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Lab – Laboratorial

Med – Medicina

Nefrol – Nefrologia

Obstet – Obstetrícia

Panam – Panamerican

Pathol – Pathology

Patol – Patologia

Paul – Paulista

Prof – Professor (a)

Radiol – Radiologia

Rev – Revista

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sup – Suplemento

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

ECR – Equipas de Coordenação Regional

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	14
1.1. Justificação da temática em estudo.....	14
1.2. Problemática da investigação.....	15
1.3. Objetivos da investigação e Tipo de estudo.....	17
1.4. Conteúdo e esquema concetual do estudo.....	18
2. Cuidados Continuados Integrados e Qualidade.....	20
3. Qualidade.....	22
3.1. Abordagem histórica à Qualidade.....	23
3.2. Qualidade em Saúde.....	24
3.2.1. Qualidade da Prática de Cuidados.....	27
3.3. Gestão da Qualidade nas Organizações.....	28
3.4. Avaliação da Qualidade.....	31
3.4.1. Acreditação.....	33
3.4.2. Auditoria Clínica.....	34
3.4.3. Prática Baseada na Evidência.....	34
3.4.4. ‘Benchmarking’.....	34
3.4.5. Avaliação de resultados em saúde (‘outcomes research’).....	35
3.5. Modelos de Avaliação da Qualidade.....	35
3.5.1. Modelo de Maxwell (1992).....	35
3.5.2. Modelo de Donabedian (tríade de Donabedian).....	36
4. Métodos Estatísticos Utilizados	38
4.1. Estatística Descritiva.....	38
4.2. Coeficientes de Correlação: Pearson e Spearman.....	38
5. Estatística Descritiva.....	40
5.1. Caracterização sócio demográfica.....	40
5.1.1. Género	40
5.1.2. Idade	41
5.1.3. Estado Civil.....	41
5.1.4. Habilitações Académicas.....	42
5.1.5. Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão.....	42

5.1.6. Antiguidade na Profissão.....	43
5.1.7. Antiguidade na Instituição.....	43
5.1.8. Antiguidade no atual serviço.....	44
5.1.9. Categoria profissional.....	44
5.2. Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.....	45
5.3. Organização e Funcionamento da Unidade.....	51
6. Objetivos específicos.....	54
6.1. Identificar os parâmetros que os enfermeiros valorizam mais na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	54
6.2. Averiguar a pertinência da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou seja, se contribui ou não para a melhoria dos cuidados prestados	56
6.2.1. Relação entre todos os itens em estudo.....	56
6.2.2. Relação global entre os dois conceitos (perceções dos enfermeiros relativamente aos padrões de qualidade e cuidados de saúde prestados).....	62
7. Discussão de Resultados e Conclusões.....	67
7.1. Discussão dos Resultados	67
7.2. Limitações do Estudo e Sugestões para Pesquisas Futuras	69
7.3. Conclusões Finais	70
8. Bibliografia	73
Anexos	i
Anexo 1 – Instrumento de Recolha de Dados	ii
Anexo 2 – Correio Eletrónico enviado e recebido das Unidades de Cuidados Continuados Integrados	iii
Anexo 3 – Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	iv
Anexo 4 – Declaração da Escola entregue nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados	v

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação – Estatísticas	45
Tabela 2 – Relação entre todos os itens em estudo – Teste K-S	57
Tabela 3 – Itens da Organização e Funcionamento da Unidade – Análise Estatística Descritiva das Variáveis Construídas	59
Tabela 4 – Parâmetros que os enfermeiros valorizam mais na avaliação da qualidade das Unidades da RNCCI – Frequência Relativa das Respostas Afirmativas	62
Tabela 5 – Variáveis quantitativas Teste K-S	64
Tabela 6 – Valor do coeficiente de correlação de Pearson e o valor de prova do teste	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caraterização sociodemográfica – Género	40
Gráfico 2 – Caraterização sociodemográfica – Idade	41
Gráfico 3 – Caraterização sociodemográfica – Estado Civil	41
Gráfico 4 – Caraterização sociodemográfica – Habilitações Académicas	42
Gráfico 5 – Caraterização sociodemográfica – Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão	42
Gráfico 6 – Caraterização sociodemográfica – Antiguidade na Profissão	43
Gráfico 7 – Caraterização sociodemográfica – Antiguidade na Organização	43
Gráfico 8 – Caraterização sociodemográfica – Antiguidade no Atual Serviço	44
Gráfico 9 – Caraterização sociodemográfica – Categoria Profissional	44
Gráfico 10 – Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação – Valores Médios Observados	46
Gráfico 11 – Organização e Funcionamento da Unidade – Frequência Relativa	51
Gráfico 12 – Organização e Funcionamento da Unidade – Frequência Relativa de Respostas Afirmativas	52
Gráfico 13 – 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 – Frequência Relativa de Respostas Afirmativas	54
Gráfico 14 – Relação entre as perceções globais dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo e os cuidados de saúde prestados	66
Histograma 1 e Diagrama 1 – Distribuição de valores da média das respostas aos itens da opinião sobre a Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação	63
Histograma 2 e Diagrama 2 – Distribuição de valores do total de respostas afirmativas aos itens sobre a Organização e Funcionamento da Unidade	64

1. INTRODUÇÃO

O mundo ocidental tem vindo a envelhecer e do ponto de vista sociológico, isto conduz a desafios tanto para os políticos como para as sociedades, particularmente para os sistemas de saúde e sociais, que deverão garantir a acessibilidade, a equidade e a qualidade, de forma sustentada, na prestação de cuidados. Por isso mesmo, a preocupação com os padrões de qualidade nos serviços de saúde, onde se inserem as Unidades de Cuidados Continuados Integrados tem vindo a crescer, sendo uma das principais preocupações nos cuidados de saúde. Existem padronizações, o que implica uma avaliação contínua para a melhoria da qualidade. A questão que se coloca é se os resultados dessas avaliações têm alguma implicação no quotidiano dos profissionais de saúde e dos clientes que os recebem. Será que os profissionais de saúde ao terem conhecimento dos estudos, alteram a sua prática, de maneira a modificar os resultados menos favoráveis que são encontrados? Será que para eles os parâmetros avaliados são os mais pertinentes?

Tentar-se-á com este estudo perceber como é feita a avaliação da Qualidade nas Unidades de Cuidados Continuados de Lisboa e Vale do Tejo e como os Enfermeiros percecionam a contribuição dessa avaliação para a prática diária de cuidados.

1.1. Justificação da temática em estudo

A escolha da problemática é uma etapa fundamental do processo de investigação. Após os estudos apreendidos ao longo do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados, foram surgindo algumas áreas que me suscitaram interesse, nomeadamente, a área da Qualidade. A Qualidade nos serviços de saúde tem sido um tema de debate no quotidiano recente, como tal, embora não seja um tema novo, existem poucos estudos efetuados neste âmbito. Contudo, tem ganho grande relevo nas instituições onde se prestam cuidados, com equipas especializadas, formadas especificamente para assegurarem a concretização de protocolos e realizarem estudos que traduzam o que na realidade acontece antes, durante e após os cuidados e, se essas atividades de alguma forma influenciam, positiva ou negativamente o resultado final dos parâmetros de avaliação da qualidade.

1.2.Problemática da investigação

A problemática desta investigação teve início ainda na primeira fase deste curso de mestrado (fase curricular), tendo começado a perceber quais eram as minhas interpelações e quais as temáticas que teria gosto em aprofundar, seguindo a máxima defendida por Fortin (2000), que qualquer pessoa que quer empreender uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Após várias interrogações e reflexão, bem como, uma pesquisa bibliográfica, o tema escolhido foi a “Gestão da Qualidade nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo”. Esta pareceu-me uma temática interessante e o que daí resultasse poderia ajudar a encontrar caminhos para a inovação e melhoria contínua da prestação de cuidados. Torna-se única pela especificidade que acarreta, referindo-se à gestão da qualidade que é realizada nas unidades de cuidados continuados numa área geográfica específica.

Este estudo, teve a duração de cerca de dois anos (2012-2013), pois foram contatadas todas as unidades de cuidados continuados, quer via telefónica quer via correio eletrónico, solicitando uma reunião prévia com os responsáveis das mesmas, para que se pudesse explicar o que se pretendia com o estudo e qual seria o instrumento de recolha de dados a ser aplicado, frisando sempre que seria assegurada a confidencialidade do mesmo e só participaria quem assim o pretendesse. Aguardava então, por resposta, caso fosse positiva, era realizada uma primeira ou segunda visita (caso já tivesse existido a primeira, para a dita reunião) à instituição para entrega dos questionários e posteriormente outra visita (segunda ou terceira) para a recolha dos questionários em envelope devidamente fechado e não identificado.

O questionário é constituído por perguntas de resposta aberta, resposta fechada e escolha múltipla, de forma a obter-se dados sobre as variáveis em estudo. Tal como refere Reis (2010), o inquérito por questionário é uma técnica que tem como objetivo recolher informação baseando-se numa série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito, pelos sujeitos participantes no estudo, para que se possam avaliar atitudes e opiniões.

Relativamente às questões, as de resposta aberta têm como objetivo saber por palavras do inquirido a sua opinião sobre determinado assunto, este tipo de resposta embora seja mais difícil de analisar, permite recolher uma panóplia de informação que não conseguiríamos com outro tipo de questões, para uma posterior análise de conteúdo. As questões de resposta fechada permitem ao inquirido apenas selecionar a opção que mais se adequa à sua opinião,

facto este, que não promove a variedade e a originalidade de respostas, embora sejam mais fáceis de analisar estatisticamente. As respostas de escolha múltipla, não se resumem a duas respostas possíveis, normalmente têm mais opções, mas também não dá azo à criatividade de elaboração das respostas (Reis, 2010; Barañano, 2008).

Os sujeitos que fazem parte do estudo são enfermeiros, pois são os profissionais de saúde que passam vinte e quatro horas por dia com o cliente, são quem lhes presta cuidados mais diretos e são responsáveis pelos mesmos. Os critérios de inclusão são serem enfermeiros responsáveis pelas equipas que constituem as Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo e aceitarem participar no estudo.

Com este estudo, pretende-se dar uma perspetiva real de como nesta área geográfica é efetuada a avaliação da qualidade de cuidados prestados e como os profissionais de saúde, especificamente, os supracitados, visionam essa mesma avaliação. Isto é, se os cuidados que prestam diariamente e aquilo que na sua opinião reflete um nível de excelência é coerente com as avaliações efetuadas nestes estabelecimentos.

O que conduziu à escolha deste tema em detrimento de outros foi o facto de este trabalho poder fornecer indicadores que contribuam para a melhoria efetiva dos cuidados prestados nesta área geográfica específica, para que os profissionais possam perceber os progressos que podem fazer no seu quotidiano de trabalho. Este trabalho pode também servir de exemplo para as restantes unidades existentes no país, embora não reflita a realidade por elas vivenciada. Tal como refere Reis (2010) é impossível abranger numa só pesquisa, o conhecimento num determinado campo de estado, devendo esta delimitar a área específica de conhecimento, espaço geográfico da abrangência da pesquisa e período focalizado na pesquisa.

Qualquer que seja a dimensão da investigação, implica a leitura do que já foi escrito sobre a área em questão, a recolha de informações que fundamentem ou refutem os argumentos e a redação das conclusões (Bell, 2002).

1.3. Objetivos da investigação e Tipo de estudo

Segundo Reis (2010), os objetivos da investigação são como um enunciado declarativo, que especifica a orientação da investigação, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão. Segundo a mesma autora, os objetivos indicam basicamente o porquê da investigação e esclarecem o que o mestrando pretende fazer para responder às questões de partida, são aquilo que se pretende alcançar e representam, de forma coerente, o que foi descrito na justificação da escolha do tema e o problema proposto.

O objetivo geral deve fazer uma síntese do que se pretende desenvolver, dos resultados que se quer obter e o que a pesquisa contribuirá para isso. Os objetivos específicos explicam detalhadamente o objetivo geral e definem os vários pontos a serem abordados, para confirmação das hipóteses (Reis, 2010).

O objetivo principal deste trabalho é 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.

Os objetivos específicos do estudo são:

- ✚ Identificar os parâmetros que os enfermeiros valorizam mais na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- ✚ Averiguar a pertinência da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou seja, se contribui ou não para a melhoria dos cuidados prestados.

Tendo em conta o objetivo central desta investigação, o tipo de estudo que mais se adequa é o estudo descritivo, mais concretamente, o estudo de caso, pois consiste numa investigação aprofundada de um grupo de indivíduos, num número limitado de instituições (esta limitação é geográfica). Tal como refere Fortin (2000), este tipo de investigação é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é visto como especial e único ou explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção. O objetivo principal do estudo de caso é servir para aumentar o conhecimento sobre determinado indivíduo, de forma a elaborar novas hipóteses ou estudar o efeito de uma mudança num

indivíduo. E o que se pretende é melhorar a cada dia que passa os cuidados de saúde que são prestados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Uma variável, tal como o nome indica, implica que algo se altera. Existem variáveis independentes e dependentes, as primeiras são aquelas que o investigador manipula num estado experimental para medir o seu efeito na variável dependente, esta última é aquela que o investigador está interessado em compreender, explicar ou rever, é a causa presumível de determinado fenómeno (Reis, 2010). Desta forma, são descritas as características das principais variáveis, especificamente, a perceção dos enfermeiros sobre os padrões de qualidade (variável independente) e a prestação diária de cuidados de saúde (variável dependente).

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 Saúde e Reabilitação’ e a ‘Organização e Funcionamento da Unidade’. A Qualidade funciona como um motor de um processo de mudança que nos conduz à aprendizagem permanente e à melhoria contínua dos saberes nas organizações empresariais (Lopes e Capricho, 2007). Sendo este o intuito da qualidade, pretende-se estudar se os parâmetros que são auditados nas Unidades de Cuidados Continuados têm alguma relevância para os profissionais de saúde, como sendo essenciais para a melhoria dos cuidados prestados.

1.4. Conteúdo e esquema concetual do estudo

O estudo estará estruturado em oito capítulos principais. O Capítulo 1 incluirá a introdução que engloba a justificação da escolha do tema, a problemática da investigação, os objetivos propostos e o tipo de estudo, bem como, o conteúdo e esquema conceptual do mesmo. No Capítulo 2 é efetuada a relação entre Cuidados Continuados Integrados e Qualidade. O Capítulo 3 consiste na revisão da literatura, com uma abordagem histórica à Qualidade e mais concretamente à Qualidade em Saúde. É também feita referência à Gestão da Qualidade nas Organizações e à Avaliação da Qualidade e Modelos de Avaliação da Qualidade. A Análise e Discussão dos Dados é efetuada nos Capítulos 4, onde são apresentados os Métodos Estatísticos Utilizados, no 5, onde é apresentada a Estatística Descritiva e no 6 onde estão esmiuçados os Objetivos Específicos do estudo, com a respetiva

análise. No Capítulo 7 é feita uma Conclusão, onde será descrito se os objetivos da investigação foram ou não atingidos, tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada no terceiro capítulo, e onde serão também enumeradas as limitações do estudo e o contributo da mesmo para o progresso científico, bem como, a aplicação prática do estudo. A Bibliografia do trabalho será apresenta de acordo com as normas da ‘American Psychological Association Sixth Edition’ (APA), no oitavo Capítulo.

2. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS E QUALIDADE

Os ‘Cuidados Continuados Integrados’ definem-se como cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Estas intervenções integradas de saúde e apoio social visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (<http://www.portaldasaude.pt/>). Para que estes objetivos sejam atingidos, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) está empenhada na qualidade dos cuidados prestados a nível dessas mesmas unidades de saúde. Sendo que, a Unidade de Missão estabeleceu a estratégia da qualidade na RNCCI, através de uma resposta integrada entre os setores social e da saúde, desenvolvendo uma gama completa de serviços de alta qualidade, que incluem cuidados de internamento e ambulatório e apoio domiciliário, com sustentabilidade financeira e acessíveis para todos os que deles necessitem. Assim, o conceito de cuidados integrados é mais amplo, envolvendo não só a perspetiva do cliente, mas também as implicações tecnológicas, económicas e de gestão (Dias e Santana, 2009).

Inicialmente, deverá ser realizada uma avaliação, para determinar a necessidade de cuidados de forma a possibilitar a autonomização do cliente. Contudo, esta avaliação deve dar lugar a investigação, tratamento e suporte, fazendo uso de um modelo holístico. Deverá, também, ser implementado um sistema de garantia da qualidade de cuidados em LTC (Long Term Care) para proteger de discriminações ou má prática. Os cuidadores informais também deverão ter suporte e ajuda.

O intuito principal da RNCCI é assegurar o cumprimento de objetivos estratégicos e requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficazes, personalizados e oportunos.

Os objetivos estratégicos definidos foram:

- Garantir a fluidez do fluxo de referenciação;
- Garantir o cumprimento dos critérios de referenciação;
- Garantir o registo das etapas do circuito de referenciação;
- Adequação dos cuidados, traduzida em resultados;
- Garantir o cumprimento dos clausulados contratuais.

Para tal, foram propostas várias ações, sendo elas:

- Definição de ‘standards’ mínimos;
- Divulgação dos ‘standards’;
- Formação;
- Acompanhamento;
- Auditorias organizacionais;
- Auditorias dos processos individuais;
- Medidas corretivas;
- Auditorias para verificação;
- Monitorização contínua.

Quando se conseguem cumprir os objetivos estratégicos, tal traduz-se numa melhoria da qualidade, em termos de acessibilidade, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador. É fundamental que todos os interessados estejam envolvidos (clientes, prestadores de cuidados, responsáveis pelo planeamento, instituições), para que tal aconteça.

Os grandes desafios da atualidade serão a prestação de cuidados centrada no cliente, a definição de planos de cuidados individuais, mais centrados no que a pessoa ainda consegue fazer e não nas suas limitações ou incapacidades, a constituição de equipas pluridisciplinares, a oferta de formação em competências transversais e a adoção de indicadores para medir a qualidade dos serviços ministrados (Dias e Santana, 2009).

3. QUALIDADE

A ‘Qualidade’ é um conceito ambíguo, multidimensional e difícil de definir, sendo que ao longo dos tempos tem sofrido alterações (Serapioni, 2009). 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). Segundo Bosi *et al.* (2010) a ‘Qualidade’ é definida como um conceito multidimensional, ou seja, tem diferentes significados. Por um lado, a qualidade varia conforme os interesses do grupo ou os atores sociais, em relação com os seus interesses ou posições, bem como, a sua relação com o programa ou serviço em questão. Isto é, primeiramente como multidimensionalidade intrínseca e no segundo caso como uma multidimensionalidade extrínseca.

Para a recentemente criada, Ordem dos Enfermeiros (criada em 1998), a Qualidade já era uma preocupação pelo que definiram em 2001 os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, pelos quais os enfermeiros se devem reger na sua prática profissional. A partir deste ano existiram poucas publicações, mas em 2004 houve novamente o “boom” desta temática, sendo que, foram publicados vários artigos, uns estabelecendo um quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem e outros sobre qualidade de vida e saúde e qualidade em saúde.

Desde 2009 até à atualidade, no âmbito dos Mestrados de Gestão de Unidades de Saúde, Enfermagem e Política Social, foram estudados assuntos que poderão contribuir para a elaboração deste trabalho.

Segundo a Direção Geral de Saúde, o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) na identificação que faz da situação atual quanto à qualidade em saúde, identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão e o insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica. Esta visão tem uma tendência a alterar-se, pelo que com a elaboração destes estudos poderá contribuir positivamente para esta mudança.

3.1. Abordagem histórica à Qualidade

Como foi anteriormente mencionado o conceito de ‘Qualidade’ é difícil de definir, sendo para Carvalho *et al.* (2004), citando o dicionário Aurélio, a “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas que as distingue das outras e lhes determina a natureza. Dote, virtude”. Segundo esta definição será o que diferencia as coisas e as pessoas dos demais, ou seja, em comparação com outras essas coisas e pessoas destacam-se de forma positiva, uma vez que, a definição também inclui as palavras dote e virtude.

Para Zardawi *et al.* (1998), a ‘Qualidade’ define-se como o conjunto total de imagens e características dum serviço que é capaz satisfazer as necessidades dos clientes.

Segundo Henriques (2008), a ‘Qualidade’ é uma realidade intemporal, sendo que os primeiros registos históricos da qualidade estão presentes nas civilizações desde que existe escrita e datam do século XVI a.C. na Dinastia Shang. Embora também se acredite que existisse alguma forma de controlo centralizado de qualidade já desde a Dinastia Xia no século XXV a.C. (segundo Juran, citado pelo mesmo autor). Na realidade foi somente no século XX que o conceito foi mais profundamente estudado, reestruturado e ‘definido’ por diversos autores, segundo a sua própria perspectiva.

A ‘Qualidade’ tem evoluído ao longo do tempo, se antes da Revolução Industrial a qualidade estava a cargo do próprio artesão que verificava a conformidade do que era produzido, tendo sido aplicadas nesta altura as primeiras medidas de prevenção de defeitos, após 1945, surgiu a divisão das tarefas produtivas e passou a existir um responsável pela inspeção do produto, colocando-se então, a ênfase no planeamento e análise de resultados (Ganhão e Pereira, citado por Henriques, 2008).

Portanto, enquanto nas décadas entre 1950 a 1970 o paradigma da gestão estava pautado na construção de estruturas idealizadas e com ênfase no produto, na década de 1980 a tónica passou a ser o cliente, emergindo a proposta de qualidade e produtividade, estabelecendo uma nova dinâmica nos processos de trabalho e consequentemente na gestão (Kuregant *et al.*, 2006).

A partir de 1990, são realçadas as relações interpessoais, como elemento influente nos resultados da qualidade institucional. As relações de poder existentes entre os elementos que são internos às instituições e os externos, no caso concreto da saúde, os clientes, deixam de ser tão hierarquizadas, existindo um poder mais igualitário, sendo que estes últimos passam a

ser considerados como uma variável significativa na obtenção da qualidade dos resultados do trabalho (Kuregant *et al.*, 2006). A opinião do cliente, as suas perceções e os seus juízos sobre os serviços recebidos são elementos chave na definição da qualidade e a sua valoração é imprescindível para prestar uma correta assistência em saúde. A perceção do cliente é, portanto, um dos parâmetros principais a ter em conta na hora de avaliar e melhorar a qualidade da assistência prestada (Orden *et al.*, 2007 e Bosi *et al.*, 2010).

Lopes e Brito (2009), citando Pereira e Azevedo, afirmam que nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina a sua eficiência e reconhecidamente a empatia é fulcral neste encontro.

Hoje em dia, a gestão é mais sensível, pelo estabelecimento de indicadores que permitam a avaliação de resultados e, tal é conseguido através da socialização da informação pela informatização dos dados disponíveis à equipa interdisciplinar; com a constante necessidade de integralização dos processos de trabalho desenvolvidos pelos diferentes agentes; com a capacitação de recursos humanos através da formação e atualização científica; com menos pessoas e com maior competência; com a motivação e com a panóplia de culturas a serem geridas, que demandam um conjunto de respostas rápidas.

3.2. Qualidade em Saúde

Hoje em dia está a assistir-se ao aumento do custo dos cuidados de saúde, tendo como objetivo primordial controlar os mesmos, os gestores estão a criar planos estratégicos de forma a reduzi-los (Ohldin e Mims, 2002; Lagoe *et al.*, 2011). Não devemos esquecer que ao nível dos sistemas de saúde a ‘Qualidade’ é um fenómeno relativamente recente, tendo ido buscar o sumo das experiências adquiridas e desenvolvidas a nível industrial. Este é um domínio onde o financiamento, relação mercado oferta-procura, previsibilidade de necessidades, impacto e visibilidade social, definem, moldam e adaptam uma realidade transposta de outras áreas de atividade, para o sistema de saúde (Silva *et al.*, 2010). A prestação de serviços em saúde tem particularidades únicas, pois o bem em si é a Saúde, logo poder-se-á apreender os ideais e alguns conceitos industriais, mas estes negligenciam alguns aspetos fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente, não têm em conta a relação cliente-prestador de cuidados de saúde, a individualidade do mesmo (o conhecimento, as motivações, as habilidades), têm tendência para desvalorizar as atividades

clínicas e valorizar as de apoio e desvalorizam também a educação para a saúde e a monitorização da saúde continuada (Donabedian, citado por Henriques, 2008). Segundo Donabedian (1984) o que se pode retirar dos modelos ditos ‘industriais’ é a indispensabilidade de considerar as necessidades, valores e exigências dos clientes, o reconhecimento de que os sistemas e os processos são essenciais para a qualidade, a necessidade de estender a autoavaliação e autodeterminação a todos os profissionais da instituição, de aumentar o papel da administração na qualidade, o desenvolvimento de instrumentos de controlo específicos aos serviços de saúde e por fim a precisão de se investir na formação para o controlo e para a garantia da qualidade (Henriques, 2008). Isto é, o treino regular de todas as pessoas envolvidas de acordo com o enquadramento legal e as recomendações das várias agências e sociedades especializadas é altamente recomendado, sendo essencial uma avaliação da qualidade continuamente (Theobald *et al.*, 2009). A qualidade dos serviços que são prestados por uma instituição de saúde depende em grande parte da competência técnica e da habilidade de interação e comunicação dos seus trabalhadores com o cliente, mas também depende de outros aspetos como as condições de trabalho vigentes, recursos materiais e serviços de apoio disponibilizados (Nonino *et al.*, 2008).

Existem várias definições de ‘Qualidade em Saúde’, sendo esta expressão tão ambígua e difícil de definir como a palavra isolada de ‘Qualidade’. São vários os autores com propostas de definição, especificamente, podemos referir a definição estabelecida por Palmer (1982), citado por Silva *et al* (2010), em que menciona que a qualidade em saúde se define como *a produção de saúde e satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, recursos disponíveis e as características dos utentes*. Já para a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO, 1993), a qualidade em saúde define-se como *o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados* (Silva *et al.*, 2010).

Pérez *et al.* (2008), fazendo referência a Jiménez *et al.* (1996) considera a qualidade dos serviços de saúde como conceito que reflete a correspondência das características dos serviços oferecidos à população com o sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existem em determinado momento, numa sociedade concreta. Foram então reconhecidas as seguintes dimensões da qualidade: componente científico-técnica; acessibilidade; efetividade; satisfação e eficiência. Para Román (2006) também atualmente se acorre a uma

corrente que visa garantir a qualidade dos sistemas e serviços de saúde, que busca satisfazer as necessidades da sociedade, sendo então, a qualidade considerada como um elemento chave dos serviços de saúde.

Suárez (1997) também citado por Pérez *et al.* (2008) estudou um conjunto de determinantes fundamentais de qualidade, sendo elas:

- Confiabilidade, que implica consistência no rendimento e na prática;
- Recetividade, no que se refere à disponibilidade e prontidão dos profissionais para proporcionar o serviço, o que implica oportunidade;
- Competência, que significa a posse de habilidades e os conhecimentos necessário para executar o serviço;
- Acessibilidade, que implica o aproveitamento e a facilidade do contato;
- Cortesia, que significa amabilidade, a humanidade e a amistosidade do pessoal que presta o serviço;
- Comunicação, significa escutar os clientes e mantê-los informados com uma linguagem que os mesmos entendam;
- Credibilidade, significa honestidade, dignidade e confiança;
- Segurança, que significa estar livre de perigos, riscos e dúvidas;
- Entender e conhecer o cliente, implica estudar e conhecer as necessidades deste para poder satisfazê-las;
- Aspeto tangível do serviço, aparência do pessoal, condições do local, ferramentas, instrumentos e equipas, assim como a privacidade do cliente.

É importante referenciar que não só os elementos de carácter técnico são pertinentes para que exista a dita qualidade em saúde, tem de haver também a integração de processos objetivos e subjetivos, sendo o intuito último, atingir a satisfação do cliente e uma maior eficiência da instituição de saúde. Para Delgado (2010), a qualidade do atendimento de uma instituição de saúde é percebida através das características do processo de atendimento, a relação interpessoal, os conteúdos da consulta, a duração, ações clínicas de reavaliação e diagnóstico, pelo resultado em saúde, pelas características da estrutura física, humana e organizacional e pelas condições relacionadas com a acessibilidade.

Para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 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.

Portanto, o intuito da qualidade em saúde é no fundo que todos os intervenientes fiquem satisfeitos, tanto o cuidador como quem é cuidado, bem como os restantes membros da equipa interdisciplinar.

3.2.1. Qualidade da Prática de Cuidados

A qualidade da prática de cuidados, mais concretamente, a da enfermagem, não deverá ser apreciada ou definida em bases desacertadas, como as normas ou protocolos. É emergente que os profissionais façam transparecer o que significa o ato de cuidar e o que ele tem de específico e único. Este ato não se reduz somente ao corpo que é cuidado, seguindo a máxima que saúde será a ausência de doença. O cuidar embora esteja ligado à medicina técnico-científica, também está englobado num contexto profissional multidisciplinar. Os profissionais ao falarem da sua prática quotidiana limitam-se a mencionar os atos que praticam e esquecem-se que o encontro com o outro (cliente/família) e o seu acompanhamento, fazem parte das dimensões do cuidar. A arte de cuidar baseia-se, essencialmente, em conhecimentos e na capacidade de harmonizar os diferentes elementos que constituem uma situação específica. A situação do cuidar é única tanto para quem cuida, como para quem é cuidado, em que o profissional coloca em evidência todo o seu saber (saber ser/saber estar/saber fazer), com qualidade e criatividade. É um ato recíproco. Muitas das vezes a qualidade é entendida como a ‘excelência’ ou ‘aquilo que há de melhor’. Esse ‘auge’ é muito difícil de atingir, que podemos então fazer? Esforçarmo-nos. Considerando sempre que a qualidade é continuada e que medeia entre a mediocridade e a excelência. A qualidade está em permanente evolução, está constantemente desatualizada e apenas existe a que há-de acontecer (Hesbeen, 1998). Não podemos esquecer que cada pessoa é única, um ser holístico, com as suas próprias opiniões e perceções e, o que para um indivíduo é qualidade, para outro pode não o ser.

Tal como referenciou Tsaloglidou (2009), a enfermeira Florence Nightingale foi pioneira na identificação e estabelecimento de métodos e critérios de avaliação e melhoramento da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, de forma sistemática.

Segundo Lima e Erdmann (2006), o serviço de enfermagem, dentro do meio hospitalar, interage com todas as áreas da sua responsabilidade, de forma autónoma e em

coresponsabilidade, orientado por instrumentos da estrutura organizacional tais como: o regulamento interno, organigrama, sistemas de comunicação, técnicas e rotinas e sistemas de controle. A enfermagem exercita assim uma prática do cuidado sempre procurando a excelência do fazer profissional.

3.3. Gestão da Qualidade nas Organizações

A ‘Gestão da Qualidade’ é definida como o processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia, sistemas e procedimentos e atividades ligadas à qualidade (Imperatori, citado por Cruz, 2011).

Já para Matos (2010) a “Qualidade” é considerada universalmente como um atributo desejável na vida das organizações e na vida de cada um de nós. Conforme a mesma autora, existiram vários *experts* da qualidade que contribuíram para a teoria da qualidade através do desenvolvimento de conceitos e técnicas específicas, realçando um conjunto de elementos chave que se tornaram pilares para essa mesma teoria. Seguidamente serão enumeradas as várias especificações de cada um dos autores (Matos, 2010):

- *W. Edwards Deming* (1900-1993), definiu a qualidade como uma conformidade de um produto com as discriminações técnicas que lhe foram atribuídas e sugeriu a aplicação dos princípios do controlo estatístico da qualidade à produção de material de guerra. Defendia que não era suficiente envolver os trabalhadores da área da produção na aplicação destas técnicas, tinha-se de envolver também a gestão.
- *Joseph Juran* (1904-2008), definiu a qualidade em termos da adequação de um produto à sua utilização pretendida. Sendo que, esta definição aproximou o conceito de qualidade da perspectiva do cliente. Este autor apresentou uma base concetual para um processo de gestão da qualidade e dividiu o mesmo em três fases – planeamento, controlo e melhoria da qualidade, recomendando também, a criação de equipas de projeto responsáveis por cada uma das fases.
- *Armand Feigenbaum* (1922 -), propôs a expressão “controlo da qualidade total”, em que refere que a qualidade só é atingida quando existe um esforço de

todos os colaboradores de determinada organização, orientando assim os objetivos não só para o grupo de projeto, mas também para o cliente.

- *Phillip Crosby* (1926-2001), defendeu o conceito de zero defeitos ou produção sem defeito. Embora defina a qualidade, tal como Deming, em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas, introduziu também a ideia de que a qualidade é gratuita, compensa sempre o investimento, desde que garanta que o processo vai produzir bem à primeira.
- *Kaoru Ishikawa* (1915-1989), desenvolveu um conjunto de ferramentas da qualidade, métodos de apoio à resolução de problemas de qualidade, entre eles, os círculos de qualidade (formação de grupos de trabalho para discussão e resolução de problemas de qualidade que afetam o dia-a-dia) e o diagrama de causa-efeito, que busca a origem da falha na qualidade e as suas causas.
- *Genichi Taguchi* (1924-2012), defendeu que a qualidade deve ser garantida através do *design* dos produtos. Se este não facilitar a produção com qualidade, os esforços de melhoria a nível do processo produtivo serão infrutíferos. O autor acrescentou ao conceito de qualidade uma dimensão de consistência.
- *Thomas J. Peters* (1942-), introduziu o conceito de “excelência”, referindo que as empresas excelentes têm oito características distintivas: inclinação para a ação; proximidade do cliente; autonomia individual; produtividade através das pessoas; criação de valores concretos; centrar-se no essencial; simplicidade formal; e existência em simultâneo de rigidez e flexibilidade.

Todos estes autores tiveram um papel fundamental para a definição do conceito de qualidade, acrescentando algo de novo ao mesmo. Segundo Lopes (2007) citando Montes e Fuentes (2001), estes autores poderão ser agrupados em três grupos:

- Os primeiros autores americanos que na década de 1950 levaram a mensagem da qualidade ao Japão: Deming, Juran e Feigenbaum;
- Os autores japoneses que na mesma década, desenvolveram novos conceitos com base nas mensagens dos autores americanos: Ishikawa e Taguchi;
- Os autores americanos mais recentes, que com base no sucesso das empresas japonesas, propuseram melhorias na qualidade das empresas ocidentais: Crosby e Peters.

É importante referir que para se conseguir garantir a qualidade de determinado serviço, é imprescindível que exista o cumprimento de boas práticas, a atualização dos profissionais e a implementação de um sistema de gestão da qualidade. Uma gestão proactiva compreende inovação e mudança do ponto de vista funcional, que seja preditiva, mensurável e que controle os riscos. A intenção é a antecipação de eventuais problemas, identificando a causa do risco e não somente os seus efeitos ou sintomas (Campos e Santos, 2010).

Um sistema de qualidade é definido como estrutura organizacional, com responsabilidades, processos, procedimentos e recursos para a gestão da qualidade. A gestão da qualidade inclui os aspetos da função de gestão total, que determinam e implementam a política de qualidade e os objetivos de qualidade da empresa. A garantia da qualidade e o controlo da qualidade fazem parte da gestão da qualidade (Manghani, 2011).

Pires (2000), citado por Lopes (2007), refere que sendo a qualidade a razão de ser de uma empresa, ela é função de todos dentro da mesma. Considera então cinco princípios da qualidade total: empenhamento da gestão de topo, objetivos de satisfação do cliente, processo contínuo de melhorias, qualidade entendida como um problema de toda a gente e gestão de resultados económicos da qualidade. Também Martins (2009) refere que o facto da organização ser uma entidade social significa que é integrada por pessoas e grupos de pessoas, que interagem entre si, sendo que, a razão de ser da empresa prende-se com a concretização dos seus objetivos, os quais seriam inatingíveis se fosse somente uma única pessoa a trabalhar para a sua execução. Para Deming (1982) e Juran (1979), a gestão da qualidade total (GQT) é o pilar da economia atual, tendo como filosofia empresarial melhorar o desempenho de mercado, baseado na produção de bens de melhor qualidade, ao preço mais vantajoso. Tal só é conseguido se forem cumpridos determinados requisitos, nomeadamente, a procura ativa por parte do cliente e a construção da organização considerando as suas necessidades, o incentivo aos profissionais para responder positivamente às necessidades e sugestões dos clientes, o empenhamento dos profissionais e da gestão de topo nas problemáticas relacionadas com a qualidade, a criação de uma cultura organizacional que estimule o envolvimento e desenvolva responsabilidades junto dos operacionais, o treino sistemático dos profissionais, de forma a que adquiram as competências que precisam para participar na mudança, as comunicações efetivas e o melhoramento contínuo com base em medições sistemáticas (Aperta, 2009 e Campos e Santos, 2010).

A garantia da qualidade define-se como as decisões tomadas para agir reduzindo os riscos reais e potenciais (Cruz, 2011). Para Burmester (1997) a garantia da qualidade é vista

como a combinação de um sistema de informação e de decisões baseado na informação gerada pelo sistema. Sendo o propósito de um programa de garantia da qualidade medir, assegurar e melhorar a qualidade de forma contínua. A garantia da qualidade esforça-se por garantir que os resultados de uma ação técnica ou administrativa sejam adequados, considerando as características locais e as restrições existentes. Um bom programa de garantia da qualidade deve guiar-se por quatro princípios básicos, sendo eles: o programa ajusta-se às necessidades e expectativas dos clientes e comunidade; concentra-se nos sistemas e nos processos; usa informação para analisar a qualidade e baseia-se num trabalho de equipa para resolução dos problemas e melhorar a qualidade. É primordial para além dos recursos financeiros e uma administração eficiente, ter um grupo de pessoas adequadamente capacitado, para se realizar a garantia da qualidade do serviço como um todo. Também é necessário realizar um controlo da qualidade e este define-se como um processo contínuo e sem término e permite a deteção e correção oportuna de erros no sistema (Calcina *et al.*, 2002; Malik e Schiesari, 1998).

Tudo isto é fundamental, uma vez que, as populações criaram novas necessidades, exigindo mais e melhores produtos ou serviços, ao melhor preço possível (aumento da competitividade), tornando-se intolerantes à burocracia e falta de qualidade, com o propósito de que a sua vida seja vivida com mais e melhor qualidade, consoante os seus padrões. As organizações para poderem oferecer estes serviços já não pretendem pessoas subjugadas a normas e de certa forma robotizadas, querem pessoas ambiciosas, motivadas e criativas, que acrescentem valor às organizações, tanto a nível técnico-profissional como a nível das relações que estabelecem a nível vertical, horizontal e com o cliente.

3.4. Avaliação da Qualidade

A avaliação da qualidade nas organizações é realizada em conjunto com a avaliação de programas, como o campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde. A avaliação serve para definir se algo é ou não bom, digno de ser prosseguido ou deve ser interrompido. Deve-se explicitar os critérios que são utilizados, a que necessidades ou interesses esses critérios respondem e quem é favorecido ou prejudicado com esses resultados (Malik e Schiesari, 1998). Contudo, a avaliação não deve ser vista como algo negativo, ela serve para estimular a mudança, com o propósito de fazer melhor. É um processo complexo,

orientado pelos princípios da eficiência e eficácia dos serviços, gestão por objetivos, afetação eficiente de recursos e comunicação e, constitui um dos aspetos mais críticos das instituições. Poderá ser sustentada nas normas da ‘Joint Commission International’ em integração com os requisitos da Norma Portuguesa (NP) ISO 9001:2008.

Presentemente existe um conjunto de mecanismos de avaliação, interna e externa, de aferição, de auditoria e de ‘benchmarking’, que permitem conhecer e comparar diferentes prestadores, planos de saúde, populações, regiões, países ou estratégias terapêuticas, tendo como referencial uma norma, a melhor evidência disponível ou uma prática de excelência (Ovretveit, citado por Silva *et al.*, 2010).

Segundo Bosi e Uchimura (2007), quando o conceito de ‘avaliação’ é associado a outro como a ‘qualidade’, dá origem a novos constructos, tornando-se mais complicado a sua utilização, traduzindo o seu carácter multidimensional intrínseco e extrínseco, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas. O paradigma que orienta a avaliação da qualidade dos programas, focaliza-se mais no que é objetivo, ou seja, o que é passível de quantificação, fazendo muitas vezes a exclusão da dimensão intersubjetiva propriamente humana.

A avaliação pode-se dividir em avaliação normativa e formativa, a primeira diz respeito à verificação do êxito técnico de ações em saúde, incluindo produtos do trabalho na saúde, isto é, limita-se à quantificação e privilegia elementos formais de uma intervenção. A avaliação formativa está relacionada com o julgamento do sucesso prático de uma ação em saúde, ou seja, comporta a dimensão subjetiva da qualidade, formulação análoga à conceção de avaliação qualitativa, sendo que esta corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas (Bosi e Uchimura, 2007).

Para Junior *et al.* (2008), o processo avaliativo deve ser um dispositivo para as negociações entre os vários interesses atuantes e a construção de novos sentidos e significados na atenção à saúde. Para Silva *et al.* (2010), a avaliação da qualidade visa sim, melhorar, globalmente, o desempenho dos serviços de saúde e, conseqüentemente, os resultados do ponto de vista clínico, económico e centrados no cliente (grau de satisfação, preferências e expectativas). O grande desafio que hoje em dia se coloca aos profissionais de saúde é avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar que todos têm acesso aos cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados.

Enquanto os profissionais de saúde pensam na qualidade como atributo e resultado dos cuidados prestados e da efetividade dos mesmos, os financiadores, políticos e gestores centram mais as suas atenções em medidas/indicadores decorrentes do desempenho

organizacional e baseados na generalidade da população tratada. Os clientes valorizam os aspetos relacionais, decorrentes do contato com a organização e com os profissionais de saúde, a acessibilidade e o balanço entre as suas expectativas iniciais e o resultado final dos cuidados recebidos (Silva *et al.*, 2010).

Os indicadores mencionados no parágrafo anterior são construídos mediante uma expressão matemática, onde o numerador representa o total de eventos predefinidos e o denominador a população de risco selecionada, observando-se a confiabilidade, a validade, a objetividade, a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo dos dados. A ‘Joint Commission American Hospital Organization’ define indicador como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou uma medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para monitorizar e avaliar a qualidade da assistência e as atividades de um serviço (Kuregant *et al.*, 2006).

Estes indicadores permitem aprimorar e inovar na avaliação e em consequência disso, no planeamento, na organização e na direção das unidades de saúde.

Associado muitas vezes à temática de avaliação da qualidade surgem conceitos relevantes tais como: acreditação e certificação de organizações de saúde; auditorias clínicas; ‘benchmarking’; governância clínica; avaliação de desempenho; avaliação de resultados em saúde (‘outcomes research’), entre outros.

De seguida serão especificados alguns dos conceitos mais relevantes nesta área.

3.4.1. Acreditação

O conceito de acreditação está intimamente ligado a um sistema de avaliação externa, periódica, voluntária do cumprimento de padrões de qualidade explícitos e previamente estabelecidos, com o intuito de estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade. A acreditação é uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência médico-hospitalar em todos os serviços de um hospital. Tem por base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, construídos por peritos da área e previamente divulgados, e nos indicadores ou instrumentos que o avaliador emprega para constatar os padrões que são observados (Lima e Erdmann, 2006).

O princípio da acreditação baseia-se na demonstração de que numa dada instituição é reconhecida a prestação de serviços de qualidade, apresenta contornos idênticos e ampla

homogeneidade nos procedimentos (ex.: protocolos), regras e objetivos que lhes estão subjacentes (Silva *et al.*, 2010).

A acreditação de organizações de saúde já existe desde os primórdios do século XIX, esta acreditação é atribuída pela ‘Joint Commission American of Healthcare Organization’ (JCAHO), sendo esta uma das maiores organizações de acreditação do mundo.

3.4.2. Auditoria Clínica

A auditoria clínica teve origem nos Estados Unidos da América, por volta dos anos 50, por Lembecke, que descreveu as formas de auditoria clínica com rigor técnico-científico, atualmente esta prática foi recuperada e relançada no Reino Unido, como um dos principais conceitos em que se materializa o movimento de ‘Governância Clínica’ (Silva *et al.*, 2010). A ‘Governância Clínica’ é descrita como uma abordagem sistemática que promove a qualidade do cuidado ao cliente (Sergi e Mikuz, 2008).

A auditoria clínica é um processo de avaliação e melhoria da qualidade, realizado interpares, tem por base a revisão sistemática de informação decorrente dos cuidados prestados e, conseqüentemente, a sua comparação com critérios e padrões já definidos (‘National Health Service Wales (2003), citado por Silva *et al.*, 2010).

Esta é uma ferramenta cada vez mais utilizada para avaliar a qualidade na área da saúde, sendo efetuada por indivíduos com capacidade técnica para tal.

3.4.3. Prática Baseada na Evidência

A análise da variabilidade na prática clínica e nos resultados que advêm da prestação de cuidados de saúde, tem um estatuto central na avaliação da qualidade, uma vez que, o objetivo é definir práticas de excelência baseadas na melhor evidência disponível. Existe o saber operante, também designado como tecnológico, que orienta a aplicação da ciência, da perspectiva da racionalidade da ação no trabalho e o saber prático, em que na atividade do trabalho, o próprio saber tecnológico se testa e se enriquece (Schraiber *et al.*, 1999; Craig e Smyth, 2004).

3.4.4. ‘Benchmarking’

É a procura das melhores práticas, que conduzem ao desempenho superior. É um processo positivo e pró-ativo por meio do qual uma empresa examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar o modo como realiza a mesma ou uma função semelhante. O processo de comparação do desempenho entre dois ou mais sistemas é chamado de 'benchmarking'.

'Benchmarking' é simplesmente o método sistemático de procurar os melhores processos, as ideias inovadoras e os procedimentos de operação mais eficazes que conduzam a um desempenho superior" (Bogan e English, 1994).

3.4.5. Avaliação de resultados em saúde ('outcomes research')

Esta abordagem procura analisar e perceber os resultados de uma intervenção clínica, bem como os fatores que a influenciam, possibilitando uma perspetiva focalizada e ao mesmo tempo global da qualidade em saúde (Silva *et al.*, 2010).

3.5. Modelos de Avaliação da Qualidade

Existem diversos modelos de avaliação da qualidade, mas os mais utilizados são os de Maxwell e Donabedian, apresentando um ponto em comum, o facto de operacionalizarem a qualidade em saúde sob a forma de dimensões, o que possibilita uma análise mais específica e integrada.

3.5.1. Modelo de Maxwell (1992)

Operacionalizou o conceito de qualidade em seis dimensões, tornando possível objetivar a sua medição e consequentemente a sua avaliação.

O modelo multidimensional definido por Maxwell é baseado em seis aspetos distintos da qualidade:

1. **Efetividade** – efeito desejado e alcançado para uma determinada intervenção;

2. **Eficiência** – produção dos mesmos efeitos com menos recursos, ou com os mesmos recursos, mas maximizando os efeitos;
3. **Aceitabilidade/qualidade na perspectiva do doente (qualidade percebida)** – o grau de satisfação e expectativas dos doentes e com as opiniões, sugestões e reclamações;
4. **Acessibilidade** – condições em que o acesso a cuidados de saúde é feito, incluindo os fatores que condicionam esse acesso;
5. **Equidade** – para necessidades diferentes, respostas diferentes, tendo em conta o que é razoável e a justiça nas opções tomadas e o conhecimento disponível;
6. **Segurança** – ocorrência de eventos indesejados, decorrentes da prestação de cuidados de saúde e que causam dano ou incapacidade.

A avaliação da qualidade pode ser feita através de uma ou mais dimensões deste modelo, de forma mais específica ou mais global e integrada, respetivamente (Silva *et al.*, 2010).

3.5.2. Modelo de Donabedian (tríade de Donabedian)

O modelo de avaliação da qualidade proposto por este autor assenta em três componentes, sendo elas:

1. **Estrutura** – caracterizada por aspetos relativamente estáveis como as instalações da organização de saúde, os equipamentos, os profissionais e os recursos que têm ao seu alcance, os locais e o método de organização do trabalho;
2. **Processo** – conjunto de atividades que os profissionais realizam para os clientes, bem como as respostas destes, e inclui as atividades de decisão ao nível diagnóstico, terapêutico e as ações preventivas;
3. **Resultados** – em relação aos níveis de saúde, aos custos associados e à satisfação dos clientes. (Silva *et al.*, 2010).

Embora exista alguma resistência em alguns setores da saúde em aceitar a abordagem sistémica de qualidade, utilizada maioritariamente pela indústria, a presente categorização tem como objetivo a sistematização da complexidade da saúde, permitindo que a partir dela se estabeleçam indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas. Noutro

modelo Donabedian ampliou o conceito de qualidade, assentando o mesmo em ‘sete pilares’: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Malik e Schiesari, 1998):

1. **Eficácia** – capacidade da arte e da ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
2. **Efetividade** – melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática quotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está a ser avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecidos como alcançáveis.
3. **Eficiência** – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
4. **Otimização** – torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições consideradas úteis deixam de o ser.
5. **Aceitabilidade** – sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e das suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
6. **Legitimidade** – aceitabilidade do cuidado da forma em que isto é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
7. **Equidade** – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

São estes os dois modelos mais utilizados por quem gere os serviços de saúde, tentando a todo o custo tornar o sistema o mais equitativo, universal e acessível possível para todos os que recorrem a ele.

4. MÉTODOS ESTATÍSTICOS UTILIZADOS

4.1. 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 e, para as variáveis escalares, também as tabelas de frequências e as estatísticas relevantes.

As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas. Para as variáveis da escala de medida, apresentam-se 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.

4.2. Coeficientes de Correlação: Pearson e Spearman

Quando as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis quantitativas, escalares ou até mesmo dicotómicas, 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 correcção de Lilliefors). O teste K-S coloca as seguintes hipóteses:

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

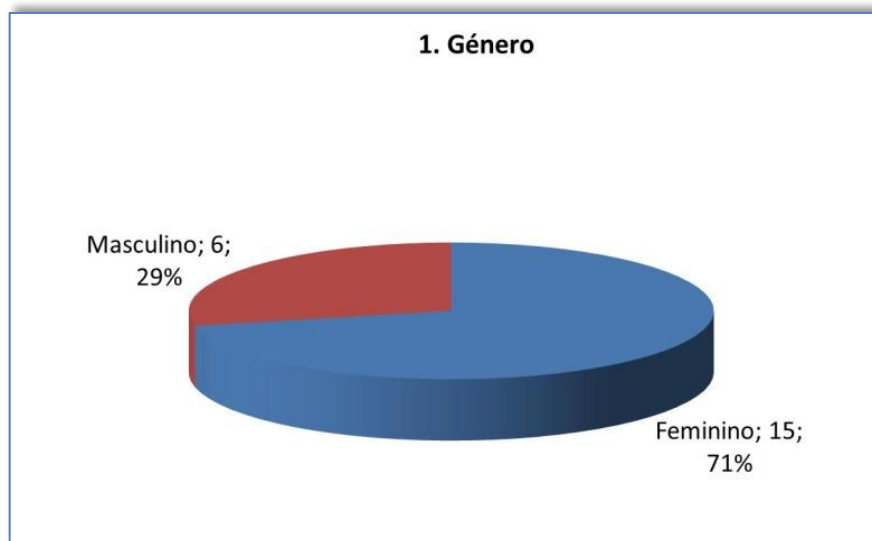
Para que se possa aplicar o coeficiente de correlação de Pearson R, tem que verificar-se a normalidade das distribuições para todas as variáveis relacionadas. Quando tal não se verifica, a análise através dos coeficientes de correlação de Pearson não é válida. Assim sendo, deve utilizar-se o coeficiente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

5. ESTATÍSTICA DESCRITIVA

A amostra é constituída por 22 enfermeiros, ou seja, do total de enfermeiros responsáveis que era o primeiro critério de inclusão, a amostra representa os que pretenderam responder ao questionário. O total de enfermeiros responsáveis são 34.

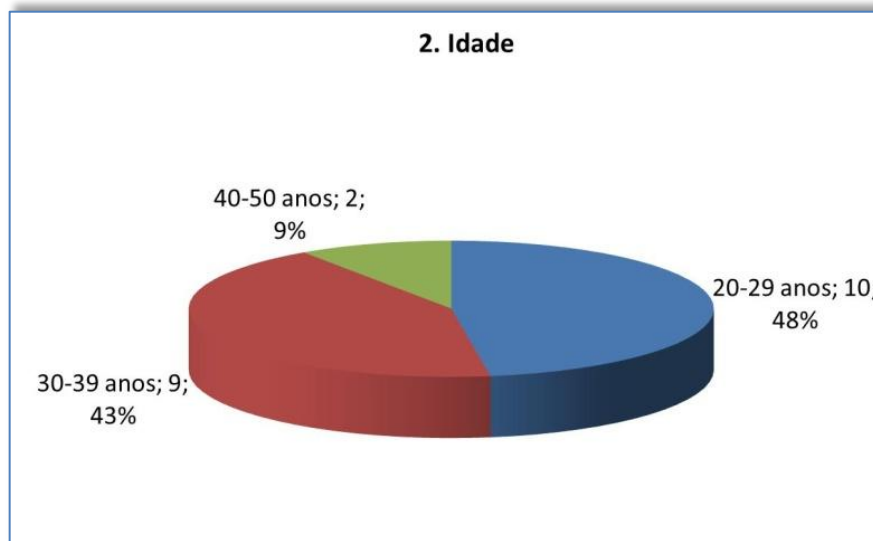
5.1. Caraterização sociodemográfica

5.1.1. Género (Gráfico 1)



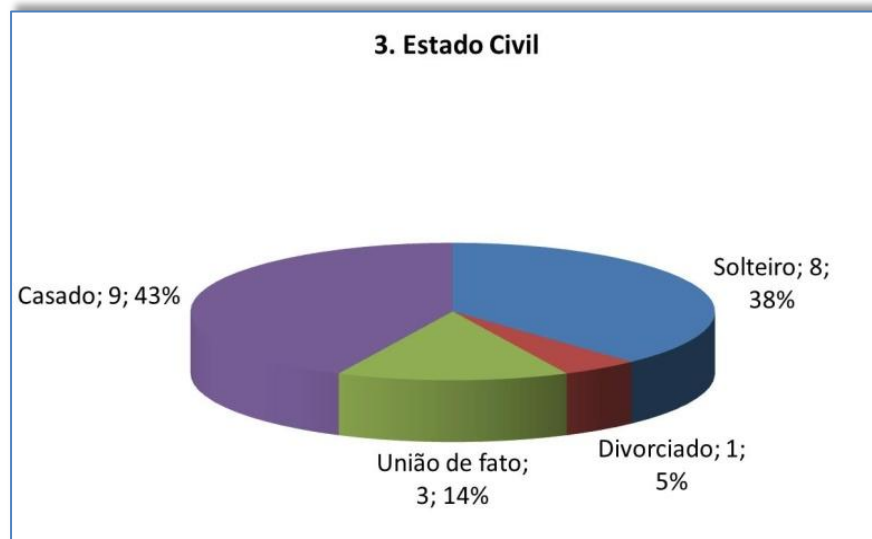
Na amostra, dos respondentes, **71%** são do género feminino e **29%** do género masculino. Verifica-se uma não resposta.

5.1.2. Idade (Gráfico 2)



Na amostra, dos respondentes, **48%** tem 20-29 anos, **43%** tem 30-39 anos e **9%** apresentam 40-50 anos. Verifica-se uma não resposta.

5.1.3. Estado Civil (Gráfico 3)



Na amostra, dos respondentes, **43%** são casados, **38%** são solteiros, **14%** vivem em união de facto e **5%** (um elemento) é divorciado. Verifica-se uma não resposta.

5.1.4. Habilitações académicas (Gráfico 4)



Na amostra, dos respondentes, **38%** têm licenciatura, **14%** apresentam curso de especialidade, **43%** têm pós-graduação e **5%** (um elemento) tem mestrado.

5.1.5. Tipo de vínculo com a instituição onde exerce a profissão (Gráfico 5)



Na amostra, dos respondentes, quanto ao tipo de vínculo com a instituição, **48%** estão a tempo indeterminado, **28%** sem termo, **19%** estão em prestação de serviços e **5%** (um elemento) está a termo certo. Verifica-se uma não resposta.

5.1.6. Antiguidade na profissão (Gráfico 6)



Na amostra, dos respondentes, **28%** apresentam menos de 5 anos de antiguidade na profissão, **29%** apresentam 5-9 anos, **38%** tem 10-20 anos e **5%** (um elemento) tem mais de 20 anos. Verifica-se uma não resposta.

5.1.7. Antiguidade na organização (Gráfico 7)



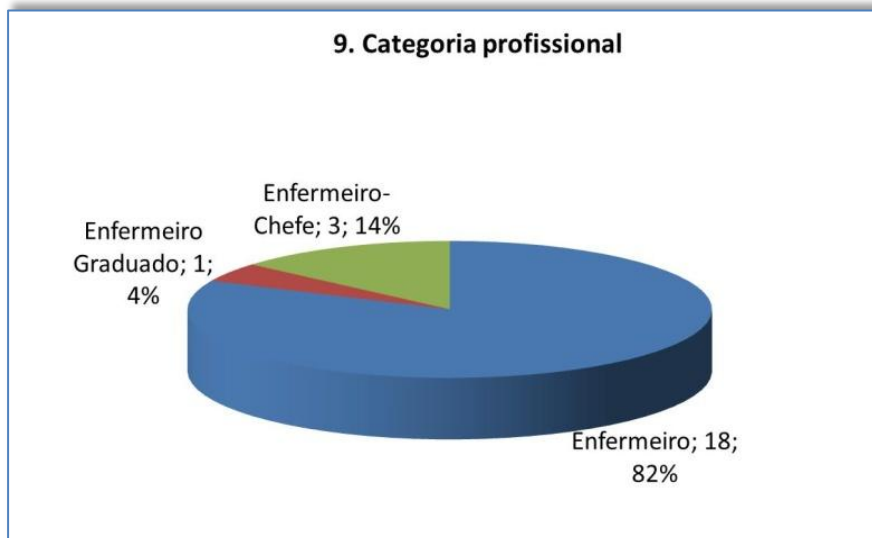
Na amostra, dos respondentes, **55%** apresentam menos de 5 anos de antiguidade na organização, **40%** apresentam 5-9 anos e **5%** (um elemento) tem 10-20 anos. Verificam-se duas não respostas.

5.1.8. Antiguidade no atual serviço (Gráfico 8)



Na amostra, dos respondentes, **86%** apresentam menos de 5 anos de antiguidade no serviço e **14%** apresentam 5-9 anos. Verifica-se uma não resposta.

5.1.9. Categoria profissional (Gráfico 9)



Na amostra, **82%** são enfermeiros, **14%** são enfermeiro-chefe e **4%** (um elemento) é enfermeiro graduado.

5.2. Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.

Estatísticas – Tabela 1

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	22	4,36	0,90	21%	1	5
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é sempre assegurada.	22	4,23	0,75	18%	3	5
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	22	4,73	0,46	10%	4	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.	22	3,32	1,32	40%	1	5
5. Acha que o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?	22	4,05	1,13	28%	1	5
6. Constan no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta e pelo menos, na admissão e na alta da Unidade.	22	5,00	0,00	0%	5	5
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas.	22	5,00	0,00	0%	5	5
8. A relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade são valorizados.	22	4,91	0,29	6%	4	5
9. Acha pertinente assegurar a informação e consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	22	4,86	0,35	7%	4	5
10. É sempre salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	22	4,73	0,46	10%	4	5
11. É sempre respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	22	4,45	0,74	17%	3	5
12. Acha pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	22	4,91	0,29	6%	4	5
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	22	4,73	0,55	12%	3	5
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	22	4,45	0,74	17%	3	5
15. Acha pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?	22	4,68	0,57	12%	3	5

16. Acha importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)? *	22	4,77	0,43	9%	4	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 (Gráfico 10) os valores médios observados.



Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, os aspetos que se verificam com mais frequência são “6. *Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta e pelo menos, na admissão e na alta da Unidade.*”, “7. *Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas.*”, “12. *Acha pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?*”, “8. *A relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade são valorizados.*” e “9. *Acha pertinente assegurar a informação e consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.*”. Seguem-se depois os aspetos “16. *Acha importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?*”, “13. *A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.*”, “10. *É sempre salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.*”, “3. *O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.*” e “15. *Acha pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?*”. Todos estes itens apresentam uma frequência média muito próxima do ponto máximo da escala de medida.

Depois surgem, em termos de média do valor da frequência os aspetos “14. *Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.*”, “11. *É sempre respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.*”, “1. *O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.*” e “2. *A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é sempre assegurada.*”, ainda com valores médios bastante elevados.

Finalmente, surgem dois itens: o aspeto “5. *Acha que o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?*” e finalmente 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.*”, que ainda apresenta um valor médio superior 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?

- A avaliação dos prestadores de cuidados, tanto prática como teórica, por entidades externas à unidade em causa.
- A satisfação dos cuidadores formais e dos cuidadores.
- Controlo sintomático; padrões - questionários de satisfação ao cliente/família.
- É pertinente o acesso dos utentes a serviços de entretenimento só que não se verifica por falta desses meios.
- Formação dos profissionais de saúde.
- Formação dos profissionais.
- Grau expectativa e carreira profissional e grau de satisfação dos utentes/familiares.
- Indicadores de risco e de (...) do grau de autonomia. As escalas existem, mas não há evidência dos resultados/(...)
- Indicadores relacionados com quedas, infeções adquiridas, nível de satisfação dos utentes e cuidadores informais, nível de satisfação dos colaboradores, número e tipo de registos efetuados, queixas formais e informais.
- Muito importante é o rácio profissional da UCC/número de utentes.
- O rácio de profissionais (enfermeiros/auxiliares) para o número de utentes.
- Para qualidade dos serviços estas unidades deveriam ter mais entretenimento para o benefício dos utentes.
- Parece que o cumprimento da grelha é já um sinal de qualidade na prestação de cuidados pela UCCI (unidades de cuidados continuados integrados). Se for cumprida, há sinal evidente de qualidade. Existem (...) específicas de qualidade, mas a sua execução em grelha pode ser um "pau de dois bicos" para as UCCI, dado que, pelos constrangimentos financeiros inerentes às UCCI de LDM (Longa Duração e Manutenção) poderiam expô-la a uma realidade de difícil cumprimento.
- Rácio enfermeiro/utente; rácio fisioterapeutas/utente; rácio terapeutas/utente; rácio assistente social/utente; rácio psicólogos/utente; rácio médico/utente.

- Rácio profissional/utente devia estar legislado e deveria ser alvo de vistoria/auditoria; Profissionais deveriam ser todos alvo de avaliação de desempenho; Profissionais deveriam ter carreira nas Unidades de Cuidados Continuados, ou seja, progressão.
- Relação entre grau de dependência/horas de cuidados prestados vs horas de tipologia da rede; Avaliações/Referenciações erradas dos utentes.
- Satisfação dos familiares e utentes; Individualização efetiva dos cuidados, atendendo a hábitos e gostos.
- Taxa de infeção (IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde) na unidade.
- Verificam-se ainda 4 não respostas.

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

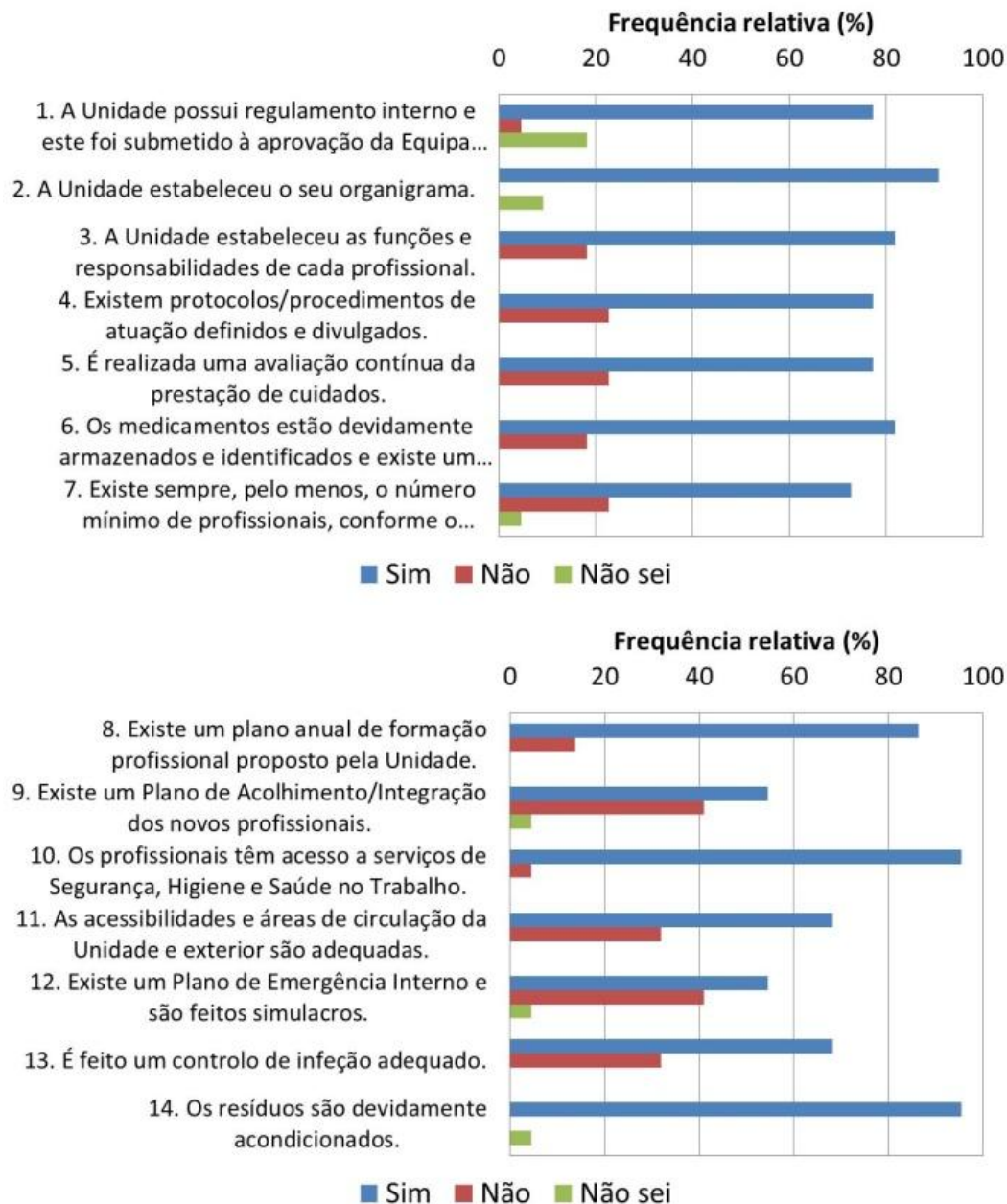
- A eficácia dos serviços ser avaliada sem se ter atenção às necessidades dos utentes.
- A escolha inadequada dos utentes. Má referenciação.
- As queixas formais e informais.
- Dar mais atenção às referenciações para as unidades; verifica-se que a maior parte dos utentes não apresenta potencial de reabilitação e as unidades funcionam como lares, por não haver resposta social.
- É sobrevalorizado registos de plataforma e PII (Plano Individual de Intervenção).
- Formação externa dos colaboradores.
- Grau de satisfação dos utentes/familiares.
- Nenhum
- Os elementos que constam no PII (Plano Individual de Intervenção).
- Os tempos de avaliação na plataforma, entre outros registos burocráticos.
- Parâmetros técnicos e aspetos fúteis em detrimento do conforto e humanização de cuidados.
- Penso que todos os itens da grelha de acompanhamento traduzem aspetos que as UCCI devem respeitar. Existem particularidades para diversas tipologias que condicionam alguns constrangimentos, como a gestão das altas nas UCCI LDM. Os constrangimentos financeiros, relacionados com o financiamento da rede,

condicionam os recursos materiais e humanos, pelo que as exigências propostas idealmente são corretas, mas na prática são de difícil execução. O ambiente físico, as diversas solicitações/requisitos a cumprir (peso, por exemplo, de difícil cumprimento - nem sequer é cumprido a nível do SNS (serviço nacional de saúde). Concluindo, as exigências acabam por ser onerosas para orçamentos baixos, embora importantes, sob o prisma da qualidade. A UCC Sagrada Família tem conseguido obter conformidades em todos os itens, embora tenhamos consciência que tem sido uma tarefa onerosa para a estrutura da UCC, em particular, e da SCMA (Santa Casa da Misericórdia da Amadora), em geral.

- Satisfação do cliente/família; ganho na autonomia e na qualidade de vida.
- Tempo médio de internamento e destino após a alta.
- Terapias.
- Verificam-se ainda 7 não respostas.

5.3. Organização e Funcionamento da Unidade.

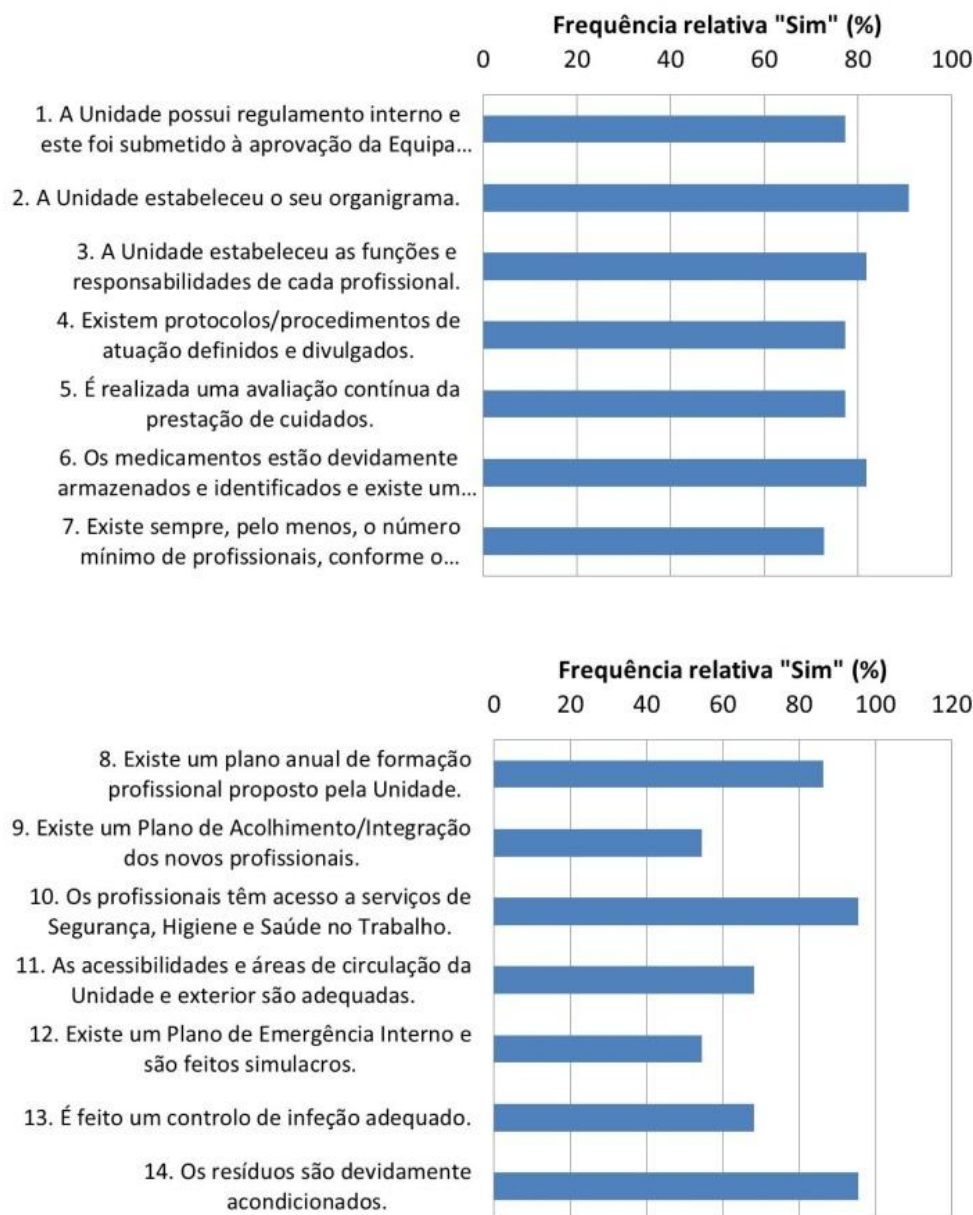
Ilustra-se graficamente (Gráfico 11) a distribuição de respostas verificadas.



Em primeiro lugar, note-se que as respostas “não sei” apresentam valores residuais, sendo de **18%** para o item “1. A Unidade possui regulamento interno e este foi submetido à aprovação da Equipa Coordenadora Regional.”, de **9%** para o item “2. A Unidade

estabeleceu o seu organigrama.” e de 4,5% para os itens “7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”, “9. Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.”, “12. Existe um Plano de Emergência Interno e são feitos simulacros.” e “14. Os resíduos são devidamente acondicionados.”.

Apresenta-se de seguida apenas a frequência relativa de respostas afirmativas, para uma mais fácil comparação entre os itens (Gráfico 12).



As respostas afirmativas são de **96%** para “10. Os profissionais têm acesso a serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.” e “14. Os resíduos são devidamente acondicionados.”, de **91%** para “2. A Unidade estabeleceu o seu organograma.”, de **86%** para “8. Existe um plano anual de formação profissional proposto pela Unidade.”, de **82%** para “3. A Unidade estabeleceu as funções e responsabilidades de cada profissional.” e “6. Os medicamentos estão devidamente armazenados e identificados e existe um profissional responsável.”, de **77%** para “1. A Unidade possui regulamento interno e este foi submetido à aprovação da Equipa Coordenadora Regional.”, “4. Existem protocolos/procedimentos de atuação definidos e divulgados.” e “5. É realizada uma avaliação contínua da prestação de cuidados.”, de **73%** para “7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”, de **68%** para “11. As acessibilidades e áreas de circulação da Unidade e exterior são adequadas.” e “13. É feito um controlo de infeção adequado.”, de **55%** para “9. Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.” e “12. Existe um Plano de Emergência Interno e são feitos simulacros.”

6. Objetivos específicos

6.1. Identificar os parâmetros que os enfermeiros valorizam mais na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A análise seguinte permite estudar o objetivo principal do trabalho de 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.

Reportando agora a análise apenas às respostas afirmativas, verifica-se que (Gráfico 13):



Os parâmetros mais valorizados pelos enfermeiros na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados podem ser determinados pelas respostas afirmativas aos vários aspetos elencados:

Sendo superiores a 90% para:

“10. Os profissionais têm acesso a serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.”;

“14. Os resíduos são devidamente acondicionados.”;

“2. A Unidade estabeleceu o seu organigrama.”,

Estando entre 80% e 90% para:

“8. Existe um plano anual de formação profissional proposto pela Unidade.”;

“3. A Unidade estabeleceu as funções e responsabilidades de cada profissional.”;

“6. Os medicamentos estão devidamente armazenados e identificados e existe um profissional responsável.”,

Estando entre perto de 70% e 80% para:

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

“4. Existem protocolos/procedimentos de atuação definidos e divulgados.”;

“5. É realizada uma avaliação contínua da prestação de cuidados.”;

“7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”;

“11. As acessibilidades e áreas de circulação da Unidade e exterior são adequadas.”;

“13. É feito um controlo de infeção adequado.”

Sendo finalmente de 55% para:

“9. Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.”;

“12. Existe um Plano de Emergência Interno e são feitos simulacros.”

Obtendo-se assim uma lista ordenada da valorização feita aos vários parâmetros elencados.

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

A análise seguinte permite estudar o objetivo principal do trabalho de verificar como as perceções dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade influencia os cuidados de saúde prestados.

Note-se que, para efeitos das análises estatísticas apresentadas, nas questões relativas às perceções relativamente aos padrões de qualidade, nas questões sobre a Organização e Funcionamento da Unidade, são consideradas apenas as respostas afirmativas.

6.2.1. Relação entre todos os itens em estudo

Todas as variáveis cuja relação se pretende estudar são variáveis em escala de Likert ou dicotómicas (sim/não).

Todas 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 –
Tabela 2:

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.	,298	22	** 0,000
2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é sempre assegurada.	,257	22	** 0,001
3. O planeamento da alta é feito sempre que possível com envolvimento do utente e cuidador informal.	,452	22	** 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.	,178	22	0,069
5. Acha que o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente?	,255	22	** 0,001
6. Constam no processo individual de cuidados continuados escalas de avaliação de dependência e são aplicadas de forma correta e pelo menos, na admissão e na alta da Unidade.	b		
7. Os processos individuais de cuidados continuados são consultados por um número restrito de pessoas.	b		
8. A relação com o utente e os cuidadores informais/familiares, bem como, o acolhimento na sua Unidade são valorizados.	,530	22	** 0,000
9. Acha pertinente assegurar a informação e consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar.	,515	22	** 0,000
10. É sempre salvaguardada a dignidade e a privacidade do utente.	,452	22	** 0,000
11. É sempre respeitada a cultura e religião do utente, adequando os serviços que lhe são prestados.	,361	22	** 0,000
12. Acha pertinente o envolvimento dos cuidadores informais/familiares no processo de reabilitação?	,530	22	** 0,000
13. A dor é valorizada e avaliada como quinto sinal vital.	,463	22	** 0,000
14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado.	,361	22	** 0,000
15. Acha pertinente o utente ter acesso a serviços de tratamento e cuidado de higiene e beleza (exemplo: unhas, cabelo, entre outros)?	,440	22	** 0,000
16. Acha importante a existência de serviços de entretenimento (animação	,475	22	** 0,000

sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)?

1. A Unidade possui regulamento interno e este foi submetido à aprovação da Equipa Coordenadora Regional.	,475	22	** 0,000
2. A Unidade estabeleceu o seu organigrama.	,530	22	** 0,000
3. A Unidade estabeleceu as funções e responsabilidades de cada profissional.	,496	22	** 0,000
4. Existem protocolos/procedimentos de atuação definidos e divulgados.	,475	22	** 0,000
5. É realizada uma avaliação contínua da prestação de cuidados.	,475	22	** 0,000
6. Os medicamentos estão devidamente armazenados e identificados e existe um profissional responsável.	,496	22	** 0,000
7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.	,452	22	** 0,000
8. Existe um plano anual de formação profissional proposto pela Unidade.	,515	22	** 0,000
9. Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.	,359	22	** 0,000
10. Os profissionais têm acesso a serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.	,539	22	** 0,000
11. As acessibilidades e áreas de circulação da Unidade e exterior são adequadas.	,430	22	** 0,000
12. Existe um Plano de Emergência Interno e são feitos simulacros.	,359	22	** 0,000
13. É feito um controlo de infeção adequado.	,430	22	** 0,000
14. Os resíduos são devidamente acondicionados.	,539	22	** 0,000

a correção de significância de Lilliefors b valor constante

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

Na tabela seguinte, em cada célula, que relaciona as variáveis que nela se cruzam, apresenta-se o valor do coeficiente de correlação de Spearman (r) e o valor de prova do teste (p).

As correlações são assinaladas com (*) se forem significantes para um valor de referência de 5%, sendo correlações normais e com (**) se forem significantes para um valor de referência de 1%, sendo correlações fortes.

Tabela 3

		Itens da Organização e Funcionamento da Unidade.													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Itens da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.	1 r	,184	,437*	,094	-,126	,184	-,021	,455*	-,012	,220	,194	,061	,130	-,304	-,214
	p	,413	,042	,676	,578	,413	,926	,034	,958	,326	,386	,788	,564	,169	,339
	2 r	,304	,484*	,331	,065	,184	,020	,443*	,113	,512*	,334	,357	,171	-,158	,093
	p	,168	,022	,133	,775	,411	,929	,039	,618	,015	,129	,103	,447	,483	,681
	3 r	-,089	,161	,241	,155	,399	,241	,083	,054	,056	-,134	,020	-,149	-,199	-,134
	p	,695	,473	,281	,491	,066	,281	,712	,811	,805	,553	,930	,508	,374	,553
	4 r	,000	-,026	,411	,546**	,238	,459*	,050	,161	,304	-,124	,119	,370	,103	,089
	p	1,000	,910	,057	,009	,287	,032	,826	,473	,169	,583	,598	,090	,648	,695
	5 r	,264	,239	-,010	-,255	,182	-,158	,454*	,133	,207	,256	,385	,222	,229	,348
	p	,235	,284	,965	,252	,417	,482	,034	,554	,356	,249	,077	,320	,304	,112
	6 r														
	a	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	7 r														
	a	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	8 r	-,171	-,100	-,149	-,171	-,171	-,149	,161	-,126	-,289	-,069	,123	,029	,123	-,069
	p	,445	,658	,508	,445	,445	,508	,473	,577	,193	,760	,584	,899	,584	,760
	9 r	,101	,335	,500*	,101	,101	-,187	,054	,228	,435*	-,087	-,271	,169	-,271	-,087
	p	,656	,127	,018	,656	,656	,404	,811	,307	,043	,701	,222	,451	,222	,701
10	r	-,332	-,194	-,024	-,089	,399	-,024	,083	-,243	-,149	,356	,020	,056	,239	-,134

p	,131	,388	,915	,695	,066	,915	,712	,275	,508	,104	,930	,805	,284	,553
1 1 r	-,253	,014	-,085	,019	,292	,116	,284	-,095	,033	,372	,271	,262	,271	-,176
p	,256	,950	,708	,932	,188	,606	,201	,674	,885	,088	,222	,239	,222	,433
1 2 r	,206	-,100	,261	,206	-,171	-,149	-,194	-,126	,029	-,069	-,216	,346	-,216	-,069
p	,358	,658	,241	,358	,445	,508	,388	,577	,899	,760	,334	,114	,334	,760
1 3 r	-,293	-,171	-,254	-,293	,012	-,254	-,099	-,214	-,079	,377	-,147	,177	,126	-,118
p	,186	,448	,253	,186	,959	,253	,661	,338	,727	,084	,513	,430	,575	,602
1 4 r	,389	,284	,116	,107	,019	,211	,458*	,570**	,417	,196	,516*	,188	,184	,372
p	,074	,201	,606	,636	,932	,345	,032	,006	,053	,383	,014	,401	,413	,088
1 5 r	-,330	-,192	-,287	,132	,198	,215	,062	,322	,028	,332	,208	,278	,267	-,133
p	,134	,391	,196	,558	,377	,337	,784	,144	,902	,132	,354	,211	,230	,556
1 6 r	-,035	,206	,026	,224	,482*	,307	,155	,733**	,158	-,118	,095	,158	,328	-,118
p	,876	,358	,910	,317	,023	,165	,491	,000	,481	,600	,673	,481	,136	,600

** Correlação forte, para um nível de significância de 0.01.
normal, para um nível de significância de 0.05.

* Correlação

^a Item sem variação

As correlações estatisticamente significantes são sempre positivas: significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo da outra.

Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre:

- “1. O planeamento da alta é iniciado assim que o utente é admitido na Unidade.” e:
 - “2. A Unidade estabeleceu o seu organigrama.”
 - “7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”

- “2. A continuidade dos cuidados após a alta da RNCCI é sempre assegurada.” e:
 - “2. A Unidade estabeleceu o seu organigrama.”
 - “7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”
 - 9. Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.
- “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:
 - 4. Existem protocolos/procedimentos de atuação definidos e divulgados.
 - 6. Os medicamentos estão devidamente armazenados e identificados e existe um profissional responsável.
- “5. Acha que o Plano Individual de Intervenção contribui para autonomizar e melhorar a qualidade de vida do utente” e:
 - “7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”
- “9. Acha pertinente assegurar a informação e consentimento informado do utente relativamente aos atos da prática do cuidar” e:
 - 3. A Unidade estabeleceu as funções e responsabilidades de cada profissional.
 - 9. Existe um Plano de Acolhimento/Integração dos novos profissionais.
- “14. Existem evidências que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado” e:
 - “7. Existe sempre, pelo menos, o número mínimo de profissionais, conforme o constante no Acordo.”
 - 8. Existe um plano anual de formação profissional proposto pela Unidade.
 - 11. As acessibilidades e áreas de circulação da Unidade e exterior são adequadas.
- “16. Acha importante a existência de serviços de entretenimento (animação sociocultural, televisão, computador, internet, entre outros)” e:
 - 5. É realizada uma avaliação contínua da prestação de cuidados.
 - 8. Existe um plano anual de formação profissional proposto pela Unidade.

que são relações **positivas**, significa que os itens da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação apresentados são mais valorizados por quem responde afirmativamente aos itens da Organização e Funcionamento da Unidade indicados.

Conclusão: para as relações assinaladas, as perceções dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade (itens da Organização e Funcionamento da Unidade), estão relacionadas positivamente com os cuidados de saúde prestados (itens da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação).

6.2.2. Relação global entre os dois conceitos (perceções dos enfermeiros relativamente aos padrões de qualidade e cuidados de saúde prestados)

Para determinar uma relação global entre os dois conceitos em estudo, que permite atingir o objetivo pretendido, construíram-se duas variáveis, uma para medir cada conceito: para quantificar os cuidados de saúde prestados, através da opinião sobre a Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação, calculou-se a médias das respostas dadas aos itens 1 a 16 da respetiva secção; e para quantificar as perceções dos enfermeiros relativamente aos padrões de qualidade, determinou-se o total de respostas afirmativas dos itens 1 a 14 da secção sobre a Organização e Funcionamento da Unidade.

Apresenta-se, de seguida, a análise de estatística descritiva das variáveis construídas.

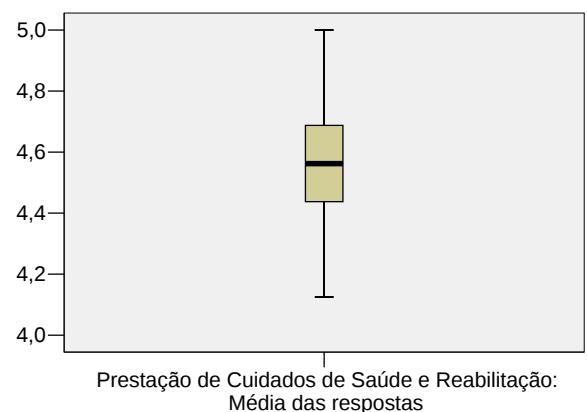
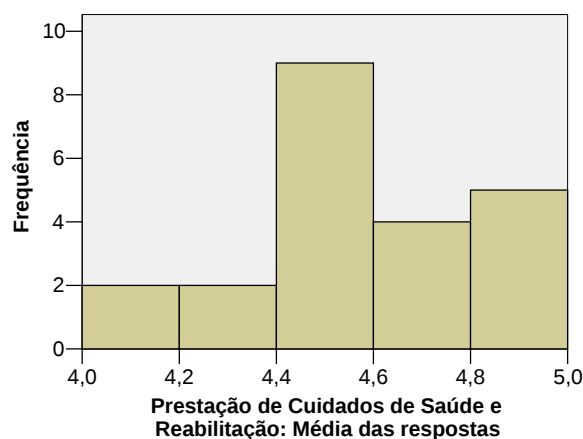
Estatísticas – Tabela 4

	N	Média	Desvio	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Variação		
Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação: Média das respostas	22	4,57	0,23	5%	4,125	5

Organização e Funcionamento da Unidade: Total de respostas afirmativas	22	10,82	2,72	25%	6	14
--	----	-------	------	-----	---	----

Na amostra, a média das respostas aos itens da opinião sobre a Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação, para quantificar os cuidados de saúde prestados, apresenta um valor médio de 4,57, com uma dispersão de valores de 5%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 4,125 e 5 (note-se que os valores mínimo e máximo possíveis são de 1 e 5).

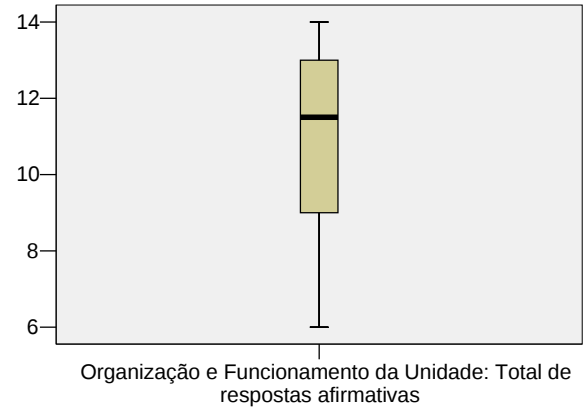
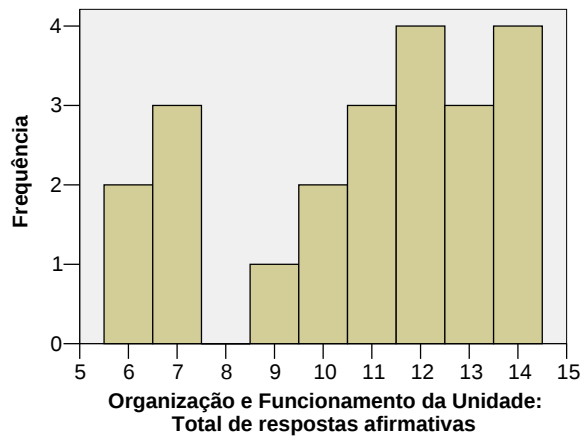
No histograma e diagrama tipo caixa seguintes (Histograma 1 e Diagrama 1, respetivamente), ilustra-se a distribuição de valores da média das respostas aos itens da opinião sobre a Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.



Pode observar-se que a distribuição dos valores se verifica principalmente acima de 4,4.

Na amostra, o total de respostas afirmativas aos itens sobre a Organização e Funcionamento da Unidade, para quantificar as perceções dos enfermeiros relativamente aos padrões de qualidade, apresenta um valor médio de 10,82, com uma dispersão de valores de 25%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 6 e 14 (note-se que os valores mínimo e máximo possíveis são de 0 e 14).

No histograma e diagrama tipo caixa seguintes (Histograma 2 e Diagrama 2, respetivamente), ilustra-se a distribuição de valores do total de respostas afirmativas aos itens sobre a Organização e Funcionamento da Unidade.



Pode observar-se que a distribuição dos valores se verifica principalmente acima de 10 respostas afirmativas.

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 – (Tabela 5):

	K-S (a)		
	Estatística	gl	Valor de prova
Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação: Média das respostas	,111	22	> 0,200

Organização e Funcionamento da Unidade: Total de respostas afirmativas	,168	22	0,107
--	------	----	-------

a Correção de significância de Lilliefors

O pressuposto da normalidade verifica-se para ambas as variáveis, pelo que agora pode utilizar-se o coeficiente de correlação de Pearson.

Na tabela seguinte (Tabela 6), apresenta-se o valor do coeficiente de correlação de Pearson e o valor de prova do teste.

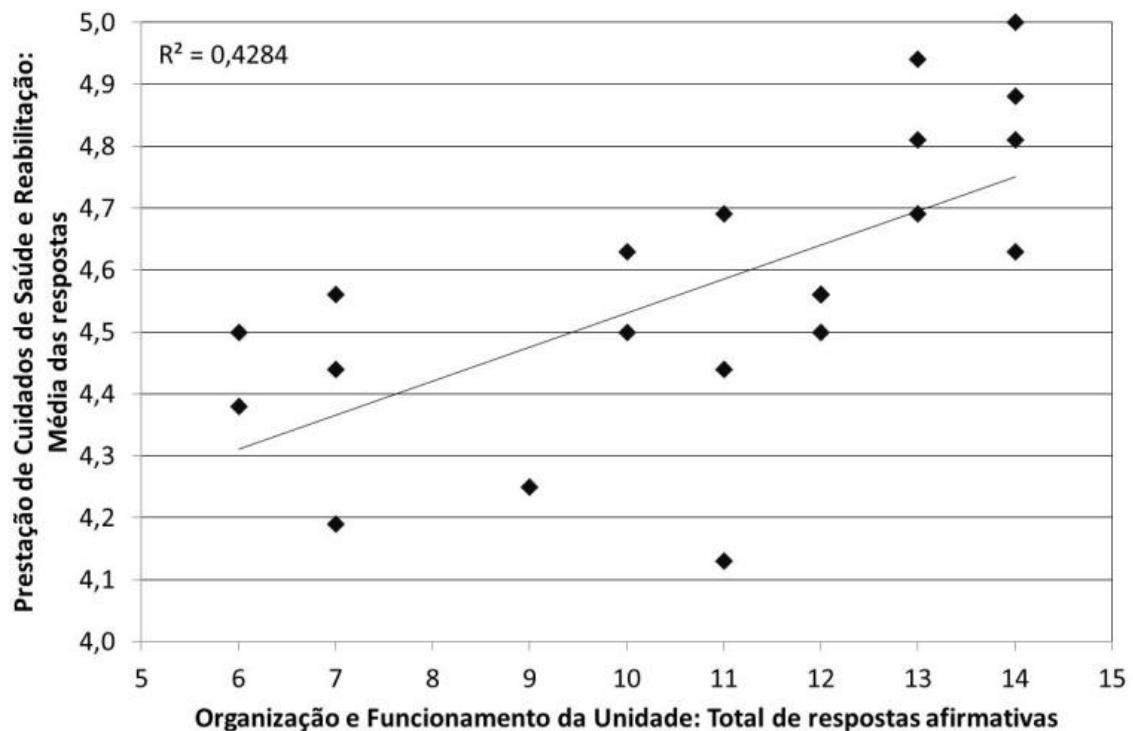
Organização e Funcionamento da Unidade: Total de respostas afirmativas		
Prestação de Cuidados:	Coef. Correlação	,654(**)
de Saúde e Reabilitação	Valor de prova	,001
Média das respostas	N	22

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

Verifica-se uma relação positiva estatisticamente significativa entre a Média das respostas sobre a Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação e o Total de respostas afirmativas sobre a Organização e Funcionamento da Unidade, significa que, globalmente, os itens da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação apresentados são mais valorizados por quem responde afirmativamente aos itens da Organização e Funcionamento da Unidade indicados.

Conclusão: as percepções globais dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade (Organização e Funcionamento da Unidade), estão relacionadas positivamente com os cuidados de saúde prestados (Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação).

No gráfico seguinte (Gráfico 14) ilustra-se esta relação, que apresenta um coeficiente de correlação de 0,654 e um coeficiente de determinação de 0,428 (é o quadrado do coeficiente de correlação), o que significa que os cuidados de saúde prestados (Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação) são explicados em 42,8% pelas perceções globais dos enfermeiros, das Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade (Organização e Funcionamento da Unidade).



7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

7.1. Discussão dos Resultados

O objetivo principal deste trabalho é 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. Sendo que, os objetivos específicos são identificar os parâmetros que os enfermeiros valorizam mais na avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e averiguar a pertinência da avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou seja, se contribui ou não para a melhoria dos cuidados prestados.

Após a análise e discussão dos dados, consegue-se aferir que os objetivos propostos foram atingidos, na medida em que conseguiu-se aferir que cerca de 42,8% da Prestação de Cuidados efetuada pelos enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados Integrados é explicada através dos Padrões de Qualidade, relacionando-se positivamente com os mesmos. Contudo, estes resultados não são generalizáveis, reportam a uma realidade muito específica, que abrange uma área geográfica bem delimitada (Lisboa e Vale do Tejo) e a amostragem é representada somente pelos enfermeiros responsáveis e não o conjunto de todos os intervenientes no processo da Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação.

Os enfermeiros que responderam ao questionário têm dissemelhantes pareceres no que se refere às respostas dadas às perguntas 17 e 18 do questionário sobre os parâmetros que deveriam ser incluídos ou menos valorizados na avaliação da qualidade nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados e que traduzem cuidados de excelência, como tal, estes profissionais deveriam ser escutados, podendo sugerir alterações aos mesmos, aquando da realização das auditorias por parte das equipas de coordenação regional (ECR).

Estes profissionais valorizam os parâmetros como a formação dos profissionais que prestam cuidados, os estudos sobre os resultados das escalas que aplicam (queda, úlceras de pressão, entre outras), a satisfação dos cuidadores tanto formais como informais, as dotações seguras, o entretenimento como fator benéfico para a reabilitação, as taxas de infeção, o

número de registos e de queixas, isto como fatores importantes e que deveriam ser avaliados na grelha das ECR. Na opinião dos inquiridos a eficácia dos serviços, a referenciação inadequada, as queixas formais e informais, os registos informáticos na plataforma e no Plano Individual de Intervenção, a formação externa dos cuidadores formais, o tempo médio de internamento, as terapias efetuadas, entre outras situações, são sobrevalorizadas na avaliação que é realizada durante as auditorias.

Relacionando todos os itens em estudo, constata-se que as correlações estatisticamente significantes são sempre positivas, o que significa que a um aumento de uma variável corresponde um aumento significativo de outra, tal como é referido no ponto 6.2.1. deste trabalho. Analisando pormenorizadamente, o planeamento da alta assim o que o utente é admitido na Unidade, influencia positivamente a forma como é feita a organização do trabalho, no que respeita às dotações seguras, existindo pelo menos o número mínimo de profissionais, conforme o estabelecido no Acordo, contudo o estabelecimento do organigrama da Unidade embora seja influenciado positivamente, faz parte da área organizacional e tem de estar pré-estabelecido. Relativamente à continuidade de cuidados após a alta, esta influencia a forma como a equipa é organizada e como é acolhido/integrado um novo elemento na mesma, ou seja, para que seja uniformizada esta continuidade de cuidados é necessário que todos os elementos da equipa de cuidados estejam em consonância e todos trabalhem sobre as mesmas bases. Como tal, o facto do Plano Individual de Intervenção ser efetuado nos primeiros dois dias de internamento, permite que os profissionais cumpram os protocolos/procedimentos de atuação definidos e divulgados e que identifiquem e armazenem devidamente a medicação específica de cada utente, estabelecendo para tal o profissional que fica responsável. O Plano Individual de Intervenção contribui para a autonomização e melhoramento da qualidade de vida do utente e, isso influencia positivamente as dotações seguras. A pertinência de assegurar a informação e o consentimento informado do utente relativamente à prestação de cuidados, prepondera que as funções e responsabilidades do profissional, bem como, o seu acolhimento/integração, permitam ao mesmo certificar-se de que tal é de facto realizado. As evidências de que o Plano Individual de Intervenção é avaliado e alterado, passam novamente pelas dotações seguras, pela formação ministrada aos profissionais e o facto de poderem circular de forma adequada, o que permite uma avaliação correta do utente e uma maior acessibilidade aos meios informáticos e ao processo do utente. A importância da existência de serviços de entretenimento, permite aos profissionais terem mais tempo para a realização de uma avaliação contínua da prestação de cuidados, no que respeita à efetivação de protocolos e

realização e avaliação de registos e permite o cumprimento do plano anual de formação pré-estabelecido, pois os utentes estão a realizar outras atividades, também elas importantes para a sua reabilitação. Tais correlações, conduzem à conclusão que as perceções dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados de Lisboa e Vale do Tejo, relativamente aos padrões de qualidade, estão relacionados positivamente com os cuidados de saúde prestados.

7.2. Limitações do Estudo e Sugestões para Pesquisas Futuras

A maioria dos estudos não é linear e implicam quase sempre algumas limitações metodológicos e/ou processuais, algumas previamente previstas e outras não.

Como limitações deste estudo de caso identificam-se a dificuldade na aplicação do questionário, na medida em que, por vezes, era difícil contatar os responsáveis das instituições, a não autorização de algumas unidades para a realização do estudo ou a autorização tardia para a realização do mesmo, ou seja, quando já estava efetuada a análise dos dados e, a falta de interesse em responder por parte de enfermeiros, que tinham critérios de inclusão no estudo, embora não estivessem sensibilizados em relação a esta temática. Todos estes factos fizeram com que a amostra fosse mais reduzida.

Contudo, este estudo poderá ser uma mais valia para os profissionais de enfermagem que no seu percurso prestem cuidados no contexto da Unidades de Cuidados Continuados Integrados, na medida em que, ficam despertados para a forma como a qualidade é ‘mensurada’ pelas entidades responsáveis. Os profissionais que responderam ao estudo são os responsáveis pelas equipas que prestam os cuidados suprarreferidos, conseguindo ter noção de quais são as opiniões de todos os que fazem o dia-a-dia nestas unidades ser exequível. Logo, também são eles que poderão dar início à mudança. Quem trabalha diariamente nestas unidades deveria ter uma voz mais ativa naquilo que traduz os ditos cuidados de excelência, tendo em conta as necessidades específicas da pessoa em situação de vulnerabilidade, nunca esquecendo que cada pessoa possui necessidades diferentes e que é um ser holístico e único. No entanto, não devemos esquecer que todos os intervenientes são importantes para que se promova a melhoria contínua nos cuidados prestados, ou seja, o envolvimento de todos é um fator de sucesso para qualquer projeto de qualidade. Podemos garantir a qualidade após avaliarmos, de

decidirmos de forma pensada e em conjunto com toda a equipa para agir reduzindo os riscos reais e potenciais e realizando protocolos baseados na evidência.

Este trabalho poderá, futuramente, servir de base e ser mais desenvolvido e alargado a toda a equipa que faz parte da prestação de cuidados no contexto das Unidades de Cuidados Continuados Integrados da mesma área geográfica ou até mesmo de todas as existentes no nosso país. Quantos mais estudos existirem, melhor se conseguirá entender o que deverá ser mantido ou modificado no quotidiano das Unidades e se o que presentemente é feito contribui ou não para a evolução da profissão de enfermagem e dos cuidados prestados. A profissão de enfermagem está em constante evolução e só com a realização de estudos cada vez mais aprofundados se poderá conseguir atingir uma performance cada vez melhor no trabalho que é feito com os utentes. Estudar para melhorar é o caminho.

7.3. Conclusões finais

O interesse pela qualidade no desempenho dos serviços de saúde e pela segurança do cliente/utente tornou-se num problema de saúde pública em variados países, despertando interesse nos meios académicos e dos serviços. Pelo que, deve ser estudada e aprofundada. Nessa perspetiva, com o objetivo de reduzir os desvios na assistência, preconiza-se um programa de garantia da qualidade nas instituições de saúde, assegurando ao cliente grau elevado de excelência por meio de medição e avaliação dos componentes estruturais, das metas, dos processos e resultados apresentados pelos clientes, seguidos das alterações necessárias para a melhoria do serviço. É nesse contexto de avaliação que se inserem os indicadores de resultados, definidos como importante instrumento de gestão capazes de representar quantitativamente e qualitativamente a assistência, sem os quais é impossível uma avaliação objetiva da qualidade. (Carneiro *et al.*, 2011).

Tal como foi referido no parágrafo anterior os indicadores são um importante instrumento de gestão, traduzem fenómenos que queremos estudar e acompanhar, numa linguagem tecnicista que nos convém e têm a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas mudanças relevantes.

No contexto específico das Unidades de Cuidados Continuados Integrados, existiu desde o início a preocupação da avaliação da qualidade, no entanto, não existem estudos muito extensos sobre esta matéria neste dito contexto. Tendo em conta que, o Sistema Nacional de Saúde tem vindo, ao longo dos anos, a sofrer adaptações e reestruturações, a existência de estudos neste área poderão ser uma mais-valia para o ajustamento dos cuidados prestados neste tipo de unidades, adequando-os às necessidades mais atuais da população portuguesa, que cada vez está mais envelhecida e doente.

Após a análises e reflexão sobre a investigação desenvolvida, considera-se que efetivamente os padrões de qualidade servem de fio condutor à prestação de cuidados de saúde de excelência, embora os enfermeiros tivessem opiniões pertinentes sobre a parametrização do instrumento de avaliação da qualidade que deverão ser tidas em conta, nomeadamente, as dotações seguras que permitem ao profissional, o descanso preconizado, o que faz com que a prestação de cuidados seja efetuada de forma mais coerente. A formação contínua também é relevante no processo de crescimento do profissional e possibilita ao mesmo a aquisição de conhecimentos que facilitam a arte do cuidar, que é tão singular nos doentes com critérios de internamento nestas unidades.

Este trabalho permite compreender que a qualidade é algo possível de atingir quando trabalhamos em equipa, e quando refiro equipa incluo também o utente e família. A qualidade tal como foi dito ao longo do trabalho é algo muito subjetivo e como tal, é difícil de agradar a todos os intervenientes ao longo de todo o processo de cuidados. Deve sim, existir padrões pelos quais as equipas de rejam, adequando-se sempre a cada situação específica. Só assim se consegue contribuir para os cuidados de excelência e o objetivo primordial que é o bem-estar do doente.

No entanto, foi mencionado por um dos participantes do estudo que os constrangimentos financeiros a que as UCCI estão sujeitas condicionam muitas das vezes que exequibilidade do que é preconizado pela RNCCI. Sendo esta uma das limitações que mais influencia a não realização do que está pré-estabelecido.

Os tipos de vínculo com a instituição também podem ter algum peso no que o profissional investe na própria prestação de cuidados, pois 24% dos responsáveis pelas equipas tem um tipo de vínculo precário. Esta situação conduz muitas das vezes, a diminuição

de interesse e de investimento pessoal no sentido de melhorar a sua prestação ou aumentar o nível de conhecimentos.

A prestação de cuidados é influenciada positivamente pelos padrões de qualidade que são praticados nas UCCI, mas ainda existe um longo caminho a percorrer, pois o interesse inicial que o Estado tinha neste tipo de unidades veio-se a desvanecer, o que leva a que muitas das unidades não tenham capacidade financeira para se manter no ativo, após investimentos iniciais de milhões de euros em obras de adaptação ou construções de raiz deste tipo de equipamentos, os profissionais que investiram o seu tempo, conhecimentos e trabalho nestas unidades, não conseguem dar continuidade ao seu percurso profissional por falta de meios. Dever-se-ão continuar a apresentar estudos que permitam aos governantes avaliar o que já foi feito e o que poderá ser feito no futuro e que permita contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados, bem como, a continuidade do projeto da RNCCI, que se trabalhasse em pleno poderia contribuir para a redução de custos na saúde.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, S. D.; Barros, M. B. (2005). *Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil*; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 17 (1): 15-25.
2. Amaral, R. G.; Santos, S. H.; Catharino, J. M.; Silva, L. C.; Westin, M. C.; Cotta, A. C.; Trevisan, M. A.; Hardy, E.; Zeferino, L. C. (2003). *Revisão rápida de esfregaços cervicais como método de garantia interna de qualidade*; J Bras Patol Med Lab, 39 (2): 151-155.
3. 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.
4. 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.
5. Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP.
6. Barañano, A. M. (2008). Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão. 1ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
7. Bautista, L. M. (2008). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander*; Aquichan, Año 8, 8 (1): 74-84, Chía, Colombia, abril.
8. Bell, J. (2002). Como realizar um projeto de investigação. 2ª edição. Gradiva, Lisboa.
9. Bogan, C. E.; English, M. J. (1994). Benchmarking for Best Practices: Winning Through Innovative Adaptation. McGraw-Hill.
10. 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 acedido em 04/12/2011.

11. Bosi, M. L.; Uchimura, K. Y. (2007). *Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado de saúde?*; Rev Saúde Pública, 41 (1): 150-153.
12. 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.
13. Burmester, H. (1997). *Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad*; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 1 (2): 149-154.
14. Calcina, C. S.; Lima, L. P.; Rubo, R. A.; Ferraz, E.; Almeida, A. (2002). *Análises de protocolos teleterápicos de controle de qualidade de alguns serviços locais, baseados no TG40 e ARCAL XXX*; Radiol Bras, 35 (1): 31-40.
15. Calderon, I. M.; Cecatti, J. G.; Vega, C. E. (2006). *Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna*; Rev Bras Ginecol Obstet., 28 (5): 310-315.
16. Caligiore Corrales, I.; Díaz Sosa, J. A. (2003). *Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital del tercer nivel. Mérida. Venezuela.*; Enfermería Global, 2, mayo. Disponível em <http://www.um.es/eglobal/>, acedido em 15/07/2013.
17. 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.
18. 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>, acedido em 10/10/2013.
19. Campos, A. G. (2009). *Planejamento Estratégico Situacional na Atenção Básica: solucionando problemas e reinventando ações*; RBPS, 22 (3): 151-156.
20. Campos, M. M.; Santos, I. R. (2010). *Gestão do risco em medicina transfusional: modelos e ferramentas*; Rev Port Saúde Pública, 28 (2): 155-160.
21. Carneiro, F. S.; Bezerra, A. L.; Silva, A. E.; Souza, L. P.; Paranaguá, T. T.; Branquinho, N. C. (2011). *Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade*; Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 19 (2): 204-211, abr-jun.

22. 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.
23. Carvalho, C. O.; Sardenberg, C.; Matos, A. C.; Neto, M. C.; Santos, B. F. (2004). *Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas*; J Bras Nefrol, XXVI (4): 216-222, dezembro.
24. 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.
25. Chaves, J. S.; Marin, V. A. (2010). *Avaliação do controle externo da qualidade nos laboratórios clínicos do Rio de Janeiro de 2006 a 2008*; J Bras Patol Med Lab, 46 (5): 391-394, out.
26. Conill, E. M. (2004). *Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5): 1417-1423, set-out.
27. Conill, E. M.; Giovanella, L.; Almeida, P. F. (2011). *Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol*; Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6): 2783-2794.
28. Costa, A. M.; Guilhem, D.; Walter, M. I. (2005). *Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde*; Rev Saúde Pública, 39 (5): 768-774.
29. 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.*
30. Costa-Font, J. (2010). *Devolution, Diversity and Welfare Reform: Long-term Care in the 'Latin Rim'*; Social Policy & Administration, 44 (4): 481-494, august.
31. Craig, J. V.; Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para enfermeiros*. Lusociência, Loures.
32. Cruppé, W.; Ohmann, C.; Blum, K.; Geraedts, M. (2007). *Evaluating compulsory minimum volume standards in Germany: how many hospitals were compliant in 2004?*; BioMed Central Research Article, 7:165. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/165>, acedido em 25/10/2012.

33. Cruz, A. M. (2011). Aulas de Garantia da Qualidade – Mestrado em Cuidados Continuados Integrados. Universidade Lusófona, Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde.
34. 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.
35. 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.
36. 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 30/06/2012.
37. Dias, M. A.; Deslandes, S. F. (2006). *Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (12): 2647-2655, dez.
38. Direção Geral de Saúde - Circular Informativa N.º 16/DQS. Inquérito Relativo a Qualidade e Segurança. Data: 29/05/2009.
39. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud. *Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud*; Salud pública de México, 44 (4), julio-agosto, 2002.
40. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud – Programa de medicamentos esenciales y tecnología, Servicios de laboratorio y sangre (2002). **Sistema de Garantía de Calidad – Conceptos Generales para los Laboratorios de Salud Pública**; Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., marzo.
41. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud – Programa de medicamentos esenciales y tecnología (2001). **Evaluación de la Calidad de los Servicios de Radiodiagnóstico en cinco países latinoamericanos**; Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., julio.
42. 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.
43. Eco, U. (1998). Como se faz uma tese em ciências humanas. 7ª edição. Editorial Presença, Lisboa.
 44. 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 acedido em 20/05/2012.
 45. 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.
 46. Felisberto, E.; Freese, E.; Natal, S.; Alves, C. K. (2008). *Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (9): 2091-2102, set.
 47. 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.
 48. 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.
 49. Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta, Loures.
 50. García-Ortiz, L.; Santos-Rodríguez, I.; Gómez-Marcos, M.; Sánchez-Fernández, P.; Rodríguez-Sánchez, E.; González-Elena, L. (2008). *Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso. (Ciclo-Risk Study)*; Rev Esp Salud Pública, 82 (1): 57-68, enero-febrero.
 51. Gentil, R. M.; Leal, S. M.; Scarpi, M. J. (2003). *Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP*; Arq Bras Oftalmol, 66: 159-165.
 52. 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.

53. 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.
54. Guimarães, R. C.; Sarsfield Cabral, J. A. (2010). *Estatística*. 2ª edição. Verlag Dashöfer, 2010.
55. 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.
56. 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.
57. Hernández, M. (2001). *Tendencias en la Gestión de los servicios de salud*; Rev Fac Nac Salud Pública, Medellín, Colombia, 19 (1): 57-70, enero-junio.
58. Hernández, T.; Romero, C.; Timmermann, F.; Muñoz-Gutiérrez, J.; Ramírez, F. (1994). *Control de calidad y resultados en actividades de prevención y promoción de salud en consultas de enfermería*; Rev San Hig Pública, 68 (2): 289-296, marzo-abril.
59. Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem*. Lusociência, Loures.
60. <http://www.dgs.pt/>
61. <http://www.portaldasaude.pt/>
62. 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.
63. 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.
64. Iturrioz, R.; Gutiérrez-Ibarluzea, I.; Batarrita, J.; Puerto, M.; Domínguez, A.; León, I.; Blanca, E. (2004). *Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica*; Rev Esp Salud Pública, 78 (4): 457-467, julio-agosto.
65. Johnston, N. H.; Narayan, K. M.; Ruta, D. A. (1992). *Development of indicators for quality assurance in public health medicine*; Quality in Health Care, 1: 225-230.

66. 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.
67. Kloetzel, K.; Bertoni, A. M.; Irazoqui, M. C.; Campos, V. P.; Santos, R. N. (1998). *Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (3): 623-628, jul-set.
68. Kotaka, F.; Pacheco, M. L.; Higaki, Y. (1997). *Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil*; Rev. Saúde Pública, 31 (2): 171-177.
69. Kuregant, P.; Tronchin, D. M.; Melleiro, M. M. (2006). *A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos*; Acta Paul Enferm, 19 (1): 88-91.
70. Lagoe, R.; Westert, G.; Czyz, A.; Johnson, P. (2011). *Reducing potentially preventable complications at the multi hospital level*; BioMed Central Research Notes, 4: 271. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/4/271>, acessado em 25/10/2012.
71. Letaief, M.; El Mhamdi, S.; Nour, R.; Mhirs, A.; Sriha, A.; Belghith, Z.; Jebara, H.; Soltani, M. S. (2010). *Mise en place et impact d'un programme d'assurance qualité pour l'hypertension artérielle en première ligne*; Pratiques et Organisation des Soins, 41 (1): 45-53, Janvier-mars.
72. 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.
73. Lopes, A.; Capricho, L. (2007). *Manual de Gestão da Qualidade*. 1ª edição. Editora RH, Lisboa.
74. 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.
75. 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.

76. 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.
77. Manghani, K. (2011). *Quality Assurance: Importance of systems and standard operating procedures*; Perspectives in Clinical Research, 2 (1): 34-37, jan-mar.
78. 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.
79. 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).
80. Maroco, João (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3.^a edição. Edições Sílabo, Lisboa.
81. Maroco, João (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5.^a edição. Edições Reportnumber.
82. 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.
83. Martin, V.; Henderson, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*. 1.^a edição. Monitor – Projetos e Edições, Lisboa.
84. 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.
85. 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.
86. 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.

87. 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.
88. 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.
89. Mendes, A. C.; Ramos, C. L.; Abreu, D. W. (2011). *Avaliação das condições de funcionamento dos equipamentos de raios X médico em serviços de radiologia no Estado da Paraíba, durante os anos de 2008 e 2009*; Radiol Bras, 44 (4): 244-248, jul-ago.
90. 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.
91. Molero, T.; Panunzio, A.; Cruz, S.; Núñez, M.; Zambrano, M.; Parra, I.; Sánchez, J. (2010). *Gestión de la calidad de atención en laboratorios clínicos de hospitales públicos en Maracaib, Venezuela*; Rev. Salud Pública, 12 (4): 658-668.
92. Montero, R. S.; Solís, M. L. (1998). *Equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo, Costa Rica 1995-1997*; Rev. Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social, 6 (1), San José.
93. Moreno Rodríguez, A. (2005). *La calidad de la acción de enfermería*; Enfermería Global, 6, mayo. Disponível em <http://www.um.es/eglobal/>, acedido em 15/07/2013.
94. Moura, M. A.; Costa, G. R.; Teixeira, C. (2010). *Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade*; Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 18 (3): 429-434, jul-set.
95. Müller, M. R.; Rodrigues, L. N.; Silva, M. A. (2005). *Elaboração e implementação de um programa para verificação dos cálculos das unidades monitoras em radioterapia*; Radiol Bras, 38 (6): 415-420.
96. Nemes, M. I.; Castanheira, E. R.; Melchior, R.; Alves, M. T.; Basso, C. R. (2004). *Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a*

- investigação em serviços de saúde no Brasil*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (Sup 2): 5310-5321.
97. Neumann, V. N. (2007). Qualidade de Vida no Trabalho: Percepções da Equipe de Enfermagem na Organização Hospitalar, Belo Horizonte. Disponível em www.bibliotecadigital.ufmg.br, acessado em 12/05/2012.
98. 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.
99. 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 04/12/2011.
100. Norma Portuguesa – Sistemas de gestão da qualidade – Requisitos - NP EN ISO 9001:2008. Instituto Português da Qualidade.
101. 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.
102. 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.
103. Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual e Enunciados Descritivos.
104. Ordem dos Enfermeiros (2004); Suplemento da Revista n.º 13, julho.
105. Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem da OE, março.
106. 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.

107. Ortega, C.; Barrios, J.; Ortega, J. (1997). *Tasas específicas de mortalidad en el hospital de Algeciras durante el período 1995-1996*; Rev Esp Salud Pública, 71 (3): 305-315, mayo-junio.
108. 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.
109. Pereira, A. (2008). SPSS – Guia prático de utilização. 7ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
110. 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.
111. Pérez Company, P. (2002). *Pensando en la calidad de los cuidados*; Enfermería Global, 1, noviembre. Disponível em <http://www.um.es/eglobal/>, acedido em 15/07/2013.
112. 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.
113. 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.
114. Pontinha, C. M. R. (2008). A Qualidade de Vida 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.
115. 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.
116. 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.

117. Puche, J.; Hernández, P.; Berrocal, D.; Sánchez, J.; Llamas, J. (1994). *Evaluación y mejora de la calidad de las practicas de atención primaria realizadas en centros de salud de Murcia*; Rev San Hig Pública, 68 (2): 279-288, marzo-abril.
118. Quivy, R. & Campenhoudt, L. Van (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*, 4.^a edição. Gradiva, Lisboa.
119. 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.
120. 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.
121. Rattner, D. (1996). *A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (Sup 2): 21-32.
122. 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.
123. Reis, F. L. (2010). Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha. Pactor - Grupo Lidel, Lisboa.
124. 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.
125. Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 1^a edição. Manuais Universitários 12 – Série Metodologias. Climepsi Editores, Lisboa.
126. Ribeiro, R. S.; Couto, N. F.; Carvalho, A. C.; Azevedo, A. C. (2004). *Modelo de banco de dados para gerenciamento dos testes de controle de qualidade dos equipamentos de radiologia convencional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*; Radiol Bras, 37 (1): 29-33.
127. Roberts-Phelps, G. (2002). *Serviço ao cliente – jogos para formadores*. 1^a edição. Monitor – Projetos e Edições, Lisboa.
128. Román, C. A. (2006). *La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado*; Rev Cubana Enferm, 22 (3).

129. Ross, A.; Zeballos, J.; Infante, A. (2000). *La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe*; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 8 (1/2): 93-98.
130. Rothgang, H. (2010). *Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model*; Social Policy & Administration, 44 (4): 436-460, August.
131. 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.
132. Salmerón-Castro, J.; Ponce, E. C.; Cuevas, R. P.; Gómez, I.; Torija, I. T.; Avila, M. H. (1998). *Proposal to institutionalize criteria and quality standards for cervical cancer screening within a health care system*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14 (3): 67-75.
133. Sandle, L. N. (2005). *The management of external quality assurance*; J Clin Pathol., 58 (2): 141-144, February.
134. Santana, S. (2010). *Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality*; Social Policy & Administration, 44 (4): 512-528, August.
135. Santos, J. A.; Inoue, K. C.; Seleglim, 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.
136. Saraiva, P. (2010). *O futuro da qualidade em Portugal*. 1ª edição. Edição APQ – Associação Portuguesa para a Qualidade, Lisboa.
137. 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.
138. Seidl, E. M.; Zannon, C. M. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (2): 580-588, mar-abr.
139. Serapioni, M. (2009). *Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional*; Revista Crítica de Ciências Sociais, 85: 65-82, junho.
140. Sergi, C.; Mikuz, G. (2008). *External quality assurance as a revalidation method for pathologists in pediatric histopathology: Comparison of four international*

- programs*; BioMed Central, 8:11. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6890/8/11/>, acedido em 26/09/2013.
141. Silva, A.; Pinto, J. M. (2003). *Metodologia das Ciências Sociais*. 12ª edição. Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento, Porto.
142. Silva, C. A.; Saraiva, M.; Teixeira, A. (2010). *A Qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar*. 1ª edição. Edições Sílabo, Lisboa.
143. Silva, C. R.; Rodrigues, V. M. (2011). *O que dizem os pacientes dos serviços privados de Radiologia, Portugal*; Saúde Soc. São Paulo, 20 (2):425-435.
144. Silva, M. G. (2013). *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. 1ª edição. Monitor – Projetos e Edições, Lisboa.
145. Souza, C. N.; Monti, C. R.; Sibata, C. H. (2001). *Recomendações para se evitar grandes erros de dose em tratamentos radioterapêuticos*; Radiol Bras, 34 (1): 29-37.
146. Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 2ª edição. Lusociência, Loures.
147. 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.
148. 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.
149. 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.
150. Tomczak, A. C.; Grilo, K. T.; Castro, J. M.; Machado, A.M.; Leonart, M. S.; Nascimento, A. J. (2010). *Estudo de métodos laboratoriais para o controle de qualidade de unidades transfusionais eritrocitárias no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (Hemepar), Brasil*; Rev. Bras. Hematol. Hemoter., 32 (3): 209-214.
151. Trydegard, G.; Thorslund, M. (2010). *One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care*; Social Policy & Administration, 44 (4): 495-511, August.

152. 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 02/04/2013.
153. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).
154. 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.
155. Urquiza, R. (2004). *Conceptos de Calidad en Salud*; Evidencia – Actual. Práctica Ambulatoria, 7: 152-155.
156. Valero, R. (2005). *Análisis de la gestión y administración de recursos en una unidad de cuidados intensivos*; Enfermería Global, 7, noviembre. Disponível em <http://www.um.es/eglobal/>, acedido em 15/07/2013.
157. Villahoz, P. A.; Vírseda, 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.
158. Zardawi, I. M.; Bennett, G.; Jain, S.; Brown, M. (1998). *Internal quality assurance activities of a surgical pathology department in an Australian teaching hospital*; J Clin Pathol, 51: 695-699.

ANEXOS

ANEXO 1 – Instrumento de Recolha de Dados

ANEXO 2 – Correio Eletrónico enviado e recebido das Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ANEXO 3 – Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ANEXO 4 – Declaração da Escola entregue nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ANEXO 1

Instrumento de Recolha de Dados

ANEXO 2

Correio Eletrónico enviado e recebido das Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ANEXO 3

Grelha de Avaliação da Qualidade das Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ANEXO 4

Declaração da Escola entregue nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados