



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
NUMA UCIM.  
UM CAMINHO A PERCORRER...

Miguel António Andrade Carneiro Machado

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Miguel António Andrade Carneiro Machado

QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO  
NUMA UCIM.  
UM CAMINHO A PERCORRER...

Dissertação de Mestrado

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Salete Soares

Julho de 2019

## RESUMO

**Introdução:** Os prestadores de cuidados de saúde têm vindo a envidar esforços para atingir padrões de qualidade cada vez mais elevados, inicialmente, através da integração de conceitos e modelos da indústria. Na área da saúde, o Modelo de Donabedian surge como uma referência, os indicadores de qualidade como uma ferramenta cada vez mais utilizada pelos gestores e o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação também tem contribuído de forma consistente para a melhoria da qualidade dos cuidados. Este estudo pretende ser mais um contributo para a persecução de padrões de qualidade cada vez mais elevados na área da Enfermagem de Reabilitação.

**Objetivos:** Construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermediários; Descrever os atributos que condicionam a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas suas diferentes dimensões; Analisar a pertinência do Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, como instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação; Definir os indicadores mais sensíveis da QdC de Enfermagem de Reabilitação, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intermediários.

**Metodologia:** Abordagem qualitativa, com recurso a sete entrevistas a EEER a exercer em Unidades de Cuidados Intermediários de quatro hospitais da região norte do país.

**Resultados:** Emergiram quatro áreas temáticas: *estrutura*, que inclui os recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizacional; *processo*, que inclui a avaliação inicial, reabilitação, planeamento, transmissão de informação, supervisão de pares e educação para a saúde; *resultados*, referentes a alterações no estado de saúde, alterações no conhecimento e capacidade, e satisfação com os cuidados e *Bilhete de Identidade dos Indicadores*. Este foi considerado um instrumento relevante para avaliar a QdC de ER e foram seleccionados os indicadores mais sensíveis no contexto de uma UCIM, no entanto, foram apresentadas algumas sugestões de melhoria.

**Conclusão:** A prestação de cuidados de saúde de qualidade é uma obrigação ética. Apesar de definir QdC ser uma tarefa complexa, isso não impede que se desenvolvam esforços para conceber modelos que permitam avaliar e promover a mesma. O Modelo de Donabedian fornece um bom suporte para estudar a QdC de ER numa UCIM. O Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação é um bom instrumento de avaliação e promoção dos cuidados de ER e pode ser aplicado à realidade das unidades de cuidados intermediários.

**Descritores:** Enfermagem em Reabilitação; Qualidade da Assistência à Saúde; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The health care providers have been working to achieve increasingly high-quality standards, initially, through the integration of quality concepts and models of the industry. In the health area, the Donabedian Model emerges as a reference, quality indicators as a tool progressively used by managers and the College of Specialty of Rehabilitation Nursing has also consistently contributed to the improvement of quality of care. This study intends to be a further contribution to the pursuit of increasingly high-quality standards in the area of Rehabilitation Nursing.

**Objectives:** To construct an instrument to evaluate the Quality of Rehabilitation Nursing Care in an Intermediate Care Unit; To describe the attributes that condition the Quality of Rehabilitation Nursing Care in its different dimensions; To analyse the pertinence of the Identity Card of the Indicators that Integrate the Core Indicators by Category of Descriptive Statements of the Quality Standards of Rehabilitation Nursing Care, as a instrument to evaluate the Quality of Rehabilitation Nursing Care; To define the most sensitive Quality of Rehabilitation Nursing Care indicators, in the context of an Intermediate Care Unit.

**Methodology:** Qualitative approach, using seven rehabilitation nurses interviews, exercising in the Intermediate Care Unit of four hospitals located in the northern region of Portugal.

**Results:** Four thematic areas emerged: *structure*, which includes material resources, human resources and organizational structure; *process*, which includes initial assessment, rehabilitation, planning, information transmission, peer supervision and health education; *results*, concerning changes in health status, changes in knowledge and capacity, and satisfaction with care and *Identity Card of the Indicators*. This was considered a relevant instrument to evaluate the Quality of Rehabilitation Nursing Care, and the most sensitive indicators were selected in the context of an intermediate care unit, however, some suggestions for improvement were presented.

**Conclusion:** Providing quality health care is an ethical obligation. While defining quality of care is a complex task, this does not impede efforts to design models to evaluate and promote care. The Donabedian Model provides good support for studying the Quality of Rehabilitation Nursing Care in an Intermediate Care Unit. The Identity Card of the Indicators that Integrate the Core Indicators by Category of Descriptive Statements of the Quality Standards of Rehabilitation Nursing Care is a good tool for the evaluation and promotion of Rehabilitation Nursing Care and can be applied to the reality of Intermediate Care Units.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing; Quality of Health Care; Health Care Evaluation Mechanisms; Quality Indicators, Health Care

## Agradecimentos

*Este trabalho só foi possível graças ao contributo:*

- da minha Esposa, por tudo o que faz por Nós;*
  
- da minha Família, pelo apoio de sempre;*
  
- da Professora Doutora Salete Soares, pelo incentivo, pela partilha e orientação desde o primeiro dia;*
  
- dos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Especialistas que aceitaram participar no estudo e partilhar o seu tempo e a sua experiência;*
  
- dos Amigos, que nos lembram o essencial da vida;*
  
- dos Colegas e Amigos de trabalho, que me permitiram tempo fora do serviço;*
  
- dos Amigos que fiz neste árduo caminho que agora termina.*

*"Nenhum nível de qualidade pode ser completamente satisfatório, devemos sempre tentar melhorar, progredir para níveis cada vez mais elevados"*

Avedis Donabedian

## Sumário

Resumo	
Abstract	
Agradecimento	
Pensamento	
Índice de gráficos	
Índice de figuras	
Siglas	
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I – FASE CONCETUAL</b>	<b>13</b>
<b>1. Movimento da Qualidade</b>	<b>14</b>
<b>2. Qualidade em Saúde</b>	<b>21</b>
2.1. Avaliação da Qualidade em Saúde	25
2.2. Qualidade na Enfermagem de Reabilitação	36
<b>3. Problemática do estudo</b>	<b>39</b>
<b>PARTE II – FASE METODOLÓGICA</b>	<b>41</b>
<b>1. Tipo de estudo</b>	<b>42</b>
<b>2. Objetivos do estudo</b>	<b>44</b>
<b>3. População e amostra</b>	<b>45</b>
<b>4. Instrumento de colheita de dados</b>	<b>47</b>
<b>5. Procedimento para recolha e análise de dados</b>	<b>48</b>
<b>6. Considerações Éticas</b>	<b>49</b>
<b>PARTE III – FASE EMPÍRICA</b>	<b>50</b>
<b>1. Apresentação e interpretação dos resultados</b>	<b>51</b>
1.1. Estrutura	51
1.1.1. Recursos Materiais	52
1.1.2. Recursos Humanos	55
1.1.3. Estrutura Organizacional	58
1.2. Processo	64
1.2.1. Avaliação Inicial	65
1.2.2. Reabilitação	66
1.2.3. Planeamento	67
1.2.4. Transmissão de Informação	68
1.2.5. Supervisão de Pares	69
1.2.6. Educação para a Saúde	70
1.3. Resultados	72

1.3.1.	Alterações no Estado de Saúde .....	72
1.3.2.	Alterações no Conhecimento e Capacidade.....	73
1.3.3.	Satisfação com os Cuidados .....	75
1.4.	Bilhete de Identidade dos Indicadores.....	76
1.4.1.	Relevância do Documento .....	77
1.4.2.	Sugestões de Melhoria.....	77
1.4.3.	Indicadores de Qualidade .....	79
<b>2.</b>	<b>Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM .....</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>.....</b>	<b>92</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>.....</b>	<b>98</b>
<b>Apêndice 1: Guião da Entrevista</b>	<b>.....</b>	<b>99</b>
<b>Apêndice 2: Declaração de Consentimento Informado</b>	<b>.....</b>	<b>106</b>
<b>Apêndice 3: Indicadores de Qualidade</b>	<b>.....</b>	<b>108</b>
<b>Apêndice 4: Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM</b>	<b>.....</b>	<b>115</b>



## Índice de Quadros

Quadro 1 - Manual de Standards .....	26
Quadro 2 - Caracterização da Amostra .....	46
Quadro 3 - Área Temática: Estrutura .....	51
Quadro 4 - Achados das entrevistas referentes a Instalações .....	52
Quadro 5 - Achados das entrevistas referentes a Espaços .....	53
Quadro 6 - Achados das entrevistas referentes a Equipamentos .....	54
Quadro 7 - Achados das entrevistas referentes a Enfermeiros Generalistas.....	55
Quadro 8 - Achados das entrevistas referentes a EEER .....	56
Quadro 9 - Achados das entrevistas referentes a Outros Profissionais .....	57
Quadro 10 - Achados das entrevistas referentes a Disponibilidade dos Cuidados de ER	58
Quadro 11 - Achados das entrevistas referentes a Articulação entre Equipa Multidisciplinar.....	59
Quadro 12 - Achados das entrevistas referentes a Integração de Profissionais .....	60
Quadro 13 - Achados das entrevistas referentes a Funções específicas de ensino, formação e investigação.....	61
Quadro 14 - Achados das entrevistas referentes a Supervisão .....	62
Quadro 15 - Achados das entrevistas referentes a Avaliação de Desempenho.....	63
Quadro 16 - Área Temática: Processo.....	64
Quadro 17 - Achados das entrevistas referentes a Avaliação Inicial .....	65
Quadro 18 - Achados das entrevistas referentes a Reabilitação .....	66
Quadro 19 - Achados das entrevistas referentes a Planeamento .....	67
Quadro 20 - Achados das entrevistas referentes a Transmissão de Informação .....	68
Quadro 21 - Achados das entrevistas referentes a Supervisão de Pares .....	69
Quadro 22 - Achados das entrevistas referentes a Educação para a Saúde.....	70
Quadro 23 - Área Temática: Resultados.....	72
Quadro 24 - Achados das entrevistas referentes a Alterações no Estado de Saúde.....	72
Quadro 25 - Achados das entrevistas referentes a Utente .....	74
Quadro 26 - Achados das entrevistas referentes a Cuidador .....	74
Quadro 27 - Achados das entrevistas referentes a Satisfação com os Cuidados .....	75
Quadro 28 – Área Temática: Bilhete de Identidade dos Indicadores.....	77
Quadro 29 - Achados das entrevistas referentes a Relevância do Documento.....	77
Quadro 30 - Achados das entrevistas referentes a Sugestões de Melhoria .....	78
Quadro 31 - Referências face aos indicadores do Bilhete de Identidade dos Indicadores, por foco de atenção e categoria de enunciados descritivos .....	79
Quadro 32 - Referências face aos indicadores de estrutura do Bilhete de Identidade dos Indicadores .....	109
Quadro 33 - Referências face aos indicadores de processo do Bilhete de Identidade dos Indicadores .....	110
Quadro 34 - Referências face aos indicadores de resultado do Bilhete de Identidade dos Indicadores .....	112
Quadro 35 - Referências face aos indicadores epidemiológicos do Bilhete de Identidade dos Indicadores .....	114

**Índice de Figuras**

Figura 1 - Processo da Qualidade segundo Deming .....16

## **Siglas**

ACSA	Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
BEA	Bem-Estar e Autocuidado
CHKS	Caspe Healthcare Knowledge Systems
DGS	Direção-Geral da Saúde
DQS	Departamento da Qualidade na Saúde
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ER	Enfermagem de Reabilitação
NWI-R	Nursing Work Index – Revised
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OCR	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação
OE	Ordem dos Enfermeiros
PC	Prevenção de Complicações
PIS	Promoção da Inclusão Social
PS	Promoção da Saúde
QdC	Qualidade dos Cuidados
RAF	Readaptação Funcional
REF	Reeducação Funcional
SC	Satisfação do Cliente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCIM	Unidade de Cuidados Intermédios

## INTRODUÇÃO

O crescimento populacional provocou grandes alterações nos meios de produção, que tiveram que se adaptar para dar resposta ao aumento da procura. Neste contexto, surgem várias teorias e modelos da qualidade. Este conceito evoluiu bastante nas últimas décadas devido ao contributo de vários peritos e alastrou-se para outras áreas, nomeadamente a área da saúde.

Apesar de ser unânime a necessidade de perseguir padrões cada vez mais elevados de qualidade, definir “qualidade dos cuidados” de saúde representa por si só, um desafio. São várias as definições disponíveis, propostas por diversas entidades, desde a Organização Mundial de Saúde e o Instituto de Medicina dos Estados Unidos, autores como Avedis Donabedian e Maya Goldenberg, no entanto, nenhuma é aceite como a definição padrão e cada uma apresenta as suas limitações.

Além de não existir consenso quanto ao conceito, deparamo-nos com outro desafio: - como avaliar a qualidade dos cuidados em saúde? A primeira iniciativa do Ministério da Saúde para implementar um programa de acreditação no Serviço Nacional de Saúde surge no ano de 1999, sob a responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde. A Direção-Geral da Saúde (DGS), defende que “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética” (Despacho nº 5613/2015, p.13551).

O Modelo de Donabedian surge como proposta incontornável no âmbito da qualidade em saúde. Os indicadores de qualidade também têm vindo a consolidar-se como uma ferramenta importante para o planeamento e tomada de decisão por parte dos gestores. Por outro lado, autores como Emmerich [et al.] (2015, p.9), sugerem que “temos que repensar a nossa ideia da qualidade dos cuidados como um fenómeno monitorizável”.

Sendo os enfermeiros um dos principais intervenientes na prestação de cuidados de saúde, é importante estabelecer ligações entre os resultados do utente e os cuidados de enfermagem (Benito, 2015). A Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, publicou o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, que serve como um referencial para a reflexão sobre a prática especializada e para a promoção da melhoria contínua destes cuidados (OE, 2011). Orientado para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, o Colégio da Especialidade, também publicou o Bilhete de Identidade dos Indicadores que integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Este documento representa um contributo

significativo na demonstração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015).

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, este estudo pretende ser um contributo para a persecução de padrões de qualidade cada vez mais elevados na área da Enfermagem de Reabilitação.

A questão de investigação que orienta o presente trabalho é: - *“Que atributos integram a avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermédios?”*, tendo como objetivo geral: - *“Construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermédios”*.

Uma vez que a “qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação” são um fenómeno ainda pouco estudado, opta-se por uma abordagem qualitativa, num estudo descrito simples, com recurso a entrevistas a enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, a exercer funções em Unidades de Cuidados Intermédios de Hospitais da região norte do país.

Esta dissertação tem início com a presente introdução à temática em estudo. A Parte I – Fase Concetual, apresenta o enquadramento teórico, expondo a evolução do conceito de qualidade, modelos de avaliação da qualidade em saúde e qualidade na enfermagem de reabilitação. De seguida, a Parte II – Fase Metodológica, expõe o desenho da investigação, onde se dá a conhecer o tipo de estudo, objetivos, população e amostra, instrumento de colheita de dados, o procedimento para a recolha e análise de dados e as considerações éticas subjacentes. Na Parte III – Fase Empírica, procede-se à apresentação e interpretação dos resultados, agrupados nas áreas temáticas identificadas. Por fim, apresentam-se as conclusões finais e termina com as referências bibliográficas.



## 1. Movimento da Qualidade

Qualidade é um conceito bastante difundido na sociedade nos mais variados contextos, no entanto, não existe uma definição nem uma operacionalização da mesma universalmente aceites.

Apesar de ter sofrido uma grande evolução nas últimas décadas, devido à contribuição de vários autores que se dedicaram ao estudo da qualidade, estas preocupações sempre existiram e são intrínsecas à própria natureza humana. Podem encontrar-se nos mais remotos tempos da produção de ferramentas para a satisfação de necessidades individuais, onde “a qualidade podia ser entendida como comida simples e boa, sobrevivência, abrigo e bem-estar, que eram conseguidas através de uma habilidade própria, muita energia e persistência” (Pires, 2016, p. 29). Originalmente, as diferentes tarefas que se podem encontrar numa empresa, estavam centradas numa pessoa, o artesão. Este “identificava as necessidades dos clientes, concebia o produto, fabricava-o, vendia-o e prestava assistência após venda” (Pires, 2016, p. 43). Com o crescimento da população, aumentaram as necessidades dos produtos, o que impulsionou a criação de oficinas de artesãos, tipicamente com três elementos distintos: - o mestre da oficina, com função de direção; - o ajudante, a quem eram delegadas as tarefas; - e o aprendiz. Taylor, com a separação das tarefas de planeamento e controlo das tarefas de execução conseguiu grandes resultados, principalmente ao nível da produtividade, contudo, a evolução técnica e tecnológica não diminuiu nem substituiu o papel fundamental das pessoas nas organizações. Atualmente, os consumidores perderam a possibilidade de influenciar diretamente os produtos que consomem, tornando-se dependentes de outros, pelo que a garantia da qualidade assumiu uma maior complexidade (Pires, 2016).

A forma como se percebia a qualidade foi evoluindo com o tempo e dependendo da perspetiva com que se olhava. No ambiente industrial, a qualidade começou por se referir ao atendimento das especificações do produto, ou seja, a qualidade era o grau de conformidade entre o produto fabricado e as suas especificações de projeto (“conformance to requirements”). Segundo outros autores, a qualidade depende dos atributos intrínsecos de um bem, como desempenho técnico ou durabilidade, ou seja, um produto com desempenho técnico superior, tem mais qualidade. Mais tarde, surgem teorias que relacionam a qualidade com a satisfação do cliente, ou seja, um produto de qualidade é o que responde satisfatoriamente às necessidades e exigências do utilizador (Carpinetti, 2016).

Segundo Rocha (2011), a história da qualidade pode ser dividida em cinco fases:

1. Inspeção da qualidade (1945-1949). Durante a I Guerra Mundial, as falhas dos

equipamentos militares foram atribuídas ao facto dos produtos serem fornecidos fora das especificações, pelo que se criou a primeira atividade da função qualidade, os inspetores (Pires, 2016). Baseado na teoria de Crosby, a qualidade consistia na “conformance to requirements”. A inspeção tinha uma função técnica: detetar os produtos bons e deixá-los passar e travar os produtos defeituosos. Neste contexto, a investigação das causas e a tomada de ações corretivas, ainda não eram atividades relevantes (Rocha, 2011).

2. Controlo estatístico da qualidade (1949-1951). Constatou-se que qualquer processo produtivo introduz variabilidade nas características da qualidade e que estas seguem leis estatísticas conhecidas, logo pode-se controlar o processo de produção através de técnicas estatísticas, como por exemplo, o controlo por amostragem. O impulso deve-se a Deming, o qual acentuou a importância da variação. Muito do conteúdo das atuais normas de controlo por amostragem foi desenvolvido neste período (Rocha, 2011; Pires, 2016).
3. Sistema orientado para a garantia da qualidade (1951 – finais dos anos 60). Nos anos 60, os grandes investimentos na área nuclear e petroquímica (entre outras), vieram institucionalizar a garantia da qualidade enquanto exigência dos grandes compradores sobre os seus fornecedores. A produção em massa mudou o ambiente empresarial, o objetivo não é mais o produto final, mas o processo de produção, de forma a melhorar a qualidade do produto e alargá-lo às necessidades dos consumidores (Rocha, 2011; Pires, 2016). Segundo Feigenbaum, citado por Rocha (2011, p.20), “Quality is everybody’s job” (traduzindo, “Qualidade é o trabalho de todos”), deixando de ser apenas tarefa da inspeção.
4. Controlo da qualidade em toda a organização (finais dos anos 60 até anos 80). Nesta abordagem, qualidade significa diminuir custos e controlo na variabilidade dos processos de produção. Foi introduzida por Ishikawa, que “insiste na análise do mercado como função determinante para conhecer as necessidades dos clientes a fim de convertê-las em especificações técnicas” (Rocha, 2011, p. 20).
5. Gestão da qualidade total (anos 80 até ao presente). Graças ao contributo de vários autores, entre os quais Deming, Juran e Ishikawa, a gestão da qualidade total é a última fase do desenvolvimento do conceito de qualidade. Representa uma alternativa ao sistema tradicional de gestão, uma estrutura com menos níveis hierárquicos, na qual muitas das decisões são tomadas pelos trabalhadores, e mesmo as decisões estratégicas, embora da responsabilidade da gestão de topo, são iniciadas a nível mais baixo, daí que o novo modelo recorra aos círculos de



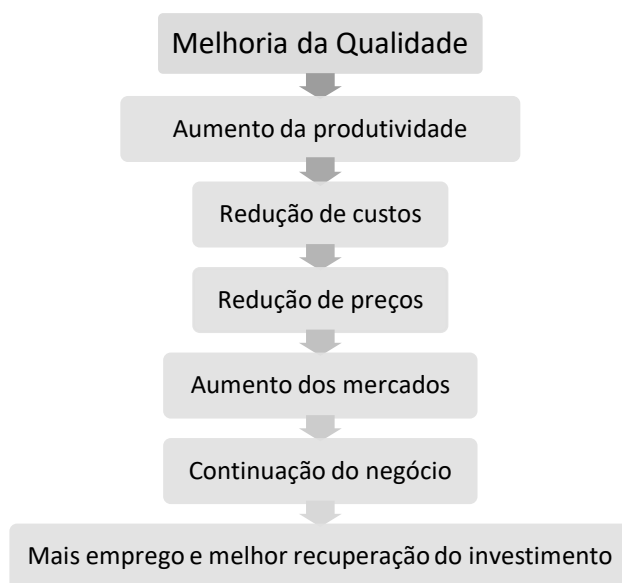
qualidade e grupos de trabalho (Rocha, 2011).

Alguns autores destacaram-se na forma como abordaram a qualidade, devido aos resultados que alcançaram, no entanto, convém salientar que eles foram desenvolvidos e aplicados num determinado contexto histórico, e é à luz desse contexto que devem ser entendidos. De seguida, procedesse a uma revisão sintetizada de alguns desses modelos.

Eduards **Deming** é indiscutivelmente um dos grandes responsáveis pela revolução da qualidade. Desfez o mito que associava a qualidade a aumento de custos e o seu contributo foi fundamental para a reconstrução da indústria japonesa no pós-guerra, indústria essa que tem vindo a crescer significativamente (Pires, 2016). O desempenho da indústria japonesa foi um claro exemplo de como “a satisfação dos clientes quanto à qualidade do produto poderia ser usada como instrumento de vantagem competitiva. Era preciso vincular qualidade com a satisfação dos clientes e não com o atendimento às especificações” (Carpinetti, 2016, p. 23). A partir da década de 1970, a perda de mercado e competitividade das empresas americanas para as suas concorrentes japonesas, fomentaram a evolução do controle da qualidade no Ocidente, especialmente nos Estados Unidos, a partir das ideias desenvolvidas por Juran, Deming e Feigenbaum (Carpinetti, 2016).

Numa abordagem tradicional, o processo da qualidade era descrito como a redução de custos (pessoas, métodos, equipamento), conduz a custos unitários mais baixos, conseqüentemente aumento do lucro e continuação do negócio. Deming desafia esta abordagem e coloca as necessidades e expectativas dos consumidores, como ponto de partida para a melhoria da qualidade (figura 1):

Figura 1 - Processo da Qualidade segundo Deming



(Fonte: Pires, 2016)

Deming formulou catorze pontos com vista à melhoria da qualidade:

1. Estabelecer objetivos estáveis, com vista à melhoria dos produtos e serviços;
2. Adotar a nova filosofia de gestão da qualidade, na qual a administração deve despertar para este desafio, consciencializar-se das suas responsabilidades e assumir a liderança na transformação;
3. Incorporar a qualidade desde o começo, não dependendo exclusivamente da inspeção;
4. Não utilizar apenas o preço para conduzir o negócio. Minimizar os custos totais, trabalhando com um único fornecedor;
5. Melhorar constantemente qualquer processo de planeamento, produção e fornecimento do serviço;
6. Instituir a formação no posto de trabalho;
7. Adotar e instituir a liderança da direção com o objetivo de ajudar as pessoas e os recursos tecnológicos a trabalharem melhor;
8. Eliminar o medo de cometer erros, para que todos trabalhem de modo eficaz;
9. Eliminar as barreiras funcionais, de forma que as pessoas possam trabalhar em equipa;
10. Eliminar slogans, exortações e cartazes dirigidos aos trabalhadores dos níveis mais baixos (inadequados na forma, no conteúdo e no tempo);
11. Eliminar indicadores monetários para os trabalhadores e numéricos para a gestão. Substituir por liderança;
12. Eliminar as barreiras que dificultem o orgulho pelo trabalho realizado. Eliminar sistemas de pontuação anuais, ou sistemas de mérito;
13. Instituir um sistema de formação e auto melhoria para todos os trabalhadores;
14. Envolver toda a gente no trabalho de alcançar os objetivos da mudança (Carpinetti, 2016; Pires, 2016).

Outro modelo desenvolvido por Deming, juntamente com Walter Shewhart, foi o ciclo de Deming-Shewhart, ou Ciclo PDCA (“Plan, Do, Check, Act” – Planear, Executar, Verificar, Agir), como se tornou mais conhecido (Carpinetti, 2016).

Em 1950, **Juran** publica o Manual de controle da qualidade, que acrescenta uma nova dimensão ao controle da qualidade, passando a incluir todas as atividades do ciclo produtivo, desde o desenvolvimento ao pós-venda. “O conceito de qualidade deve ser incorporado a todos os processos da organização, desde o planeamento do produto, passando pelo projeto e desenvolvimento, aquisição, produção, comercialização e pós-

venda” (Carpinetti, 2016, p. 17), direcionando todas estas etapas para o atendimento das expectativas do cliente.

A abordagem mais típica de Juran, autodenominada “management breakthrough”, assume que o objetivo da gestão é o de alcançar um melhor desempenho para a organização, e não manter o nível atual. Defende também que a grande maioria das falhas em qualquer organização (pelo menos 85%), são falhas dos sistemas controlados pela gestão, em vez de problemas relacionados com os trabalhadores, por isso mesmo, a gestão é a principal responsável pela melhoria do desempenho (Pires,2016).

Existem duas situações distintas: - a INSPEÇÃO/CONTROLO, gestão tradicional na qual se supõe que o nível atual de desempenho é suficientemente bom e não pode ser melhorado; - a PREVENÇÃO ou BREAKTHROUGH, na qual a atitude prevalecente é a de que o nível atual de desempenho não é suficientemente bom e pode ser melhorado. A ênfase é colocada na melhoria contínua e esta mudança não acontece, se ninguém compreender e acreditar que ela é desejável e possível. Um dos grandes obstáculos a esta mudança prende-se com o facto dos gestores se encontrarem absorvidos com os problemas atuais de rotina, subtraindo tempo necessário para planear a mudança (Pires, 2016).

Assim, Juran conceituou a Gestão da Qualidade Total (“Total Quality Management”) como “o sistema de atividades dirigidas para se atingir clientes satisfeitos, empregados com responsabilidade e autoridade, maior faturação e menor custo” (Carpinetti, 2016, p. 23).

O sistema da qualidade ISO 9001, que é considerado atualmente como uma referência de boas práticas em termos de gestão, foca exatamente os pontos descritos anteriormente: “responsabilidades da direção para liderar o processo de gestão da qualidade; planeamento de objetivos e planos de ação e revisão, suporte para as atividades de gestão da qualidade; gestão da qualidade na operação de produção, avaliação de desempenho e melhoria dos processos de gestão” (Carpinetti, 2016, p. 52). Os requisitos da ISO 9001, estabelecem “o que” as empresas precisam colocar em prática, mas não entram em detalhes sobre “como” o aplicar, o que permite que o sistema de gestão da qualidade ISO seja aplicável a qualquer organização, de manufatura ou serviço, em qualquer setor de atividade económica e de qualquer dimensão (Carpinetti, 2016).

Para Philip **Crosby**, quando discutimos qualidade estamos a lidar com problemas de pessoas. A sua abordagem baseia-se neste princípio e assume as mensagens já descritas por Deming e Juran. Para avaliar a forma como uma organização integra a gestão da

qualidade no seu processo de gestão, Crosby desenvolveu uma grelha de maturidade com as diferentes etapas de evolução:

- “Incerteza – quando a gestão não tem conhecimento da qualidade como uma ferramenta positiva de gestão;
- Despertar – quando a gestão começa a reconhecer que a gestão da qualidade pode ajudar, mas não lhe afeta recursos;
- Clarificar – quando a gestão decide introduzir um programa formal de qualidade;
- Saber – quando a gestão e a organização atingem o estado em que mudanças permanentes podem ser feitas;
- Certeza – quando a gestão da qualidade é uma parte vital da gestão da empresa” (Pires, 2016, p. 41).

Crosby identifica seis fatores-chave para a gestão da qualidade:

- “Qualidade significa conformidade e não elegância;
- Não existem problemas da qualidade, mas sim de não qualidade;
- Não existe uma economia da qualidade (nível económico da qualidade). É sempre mais barato fazer bem à primeira vez;
- A única medida de desempenho é o custo da não qualidade;
- O único padrão de desempenho é o de zero defeitos;
- Qualidade não tem custos” (Pires, 2016, p. 42).

Apesar dos modelos abordados anteriormente nos ajudarem a compreender e a desenvolver estratégias de melhoria contínua, garantir a qualidade é uma tarefa complexa porque os consumidores têm conceitos e expectativas de qualidade diferentes, além de que a gestão da qualidade assume uma abrangência e complexidade cada vez maior, necessitando de recorrer a mais áreas de conhecimento.

Se no âmbito da gestão da qualidade relativa a *produtos* verificamos uma grande complexidade, sendo que se trata de uma mera operação de engenharia de produção, quando nos referimos a *serviços*, como é o caso dos cuidados de saúde, as coisas assumem ainda maior complexidade, devido às suas características intrínsecas, independentemente do tipo de serviço:

- “Os serviços são mais ou menos intangíveis;
- Os serviços são atividades ou séries de atividades e não coisas;
- Os serviços são, por norma, produzidos e consumidos simultaneamente;

- O consumidor participa, até certo ponto, no processo de produção” (Rocha, 2011, p. 28).

Os cuidados de saúde são *serviços* essenciais para a população, que se encontra cada vez mais informada e mais participativa nos assuntos da comunidade, e por isso, também mais exigente. Apesar de toda a complexidade inerente, é então fundamental compreender o que significa qualidade dos cuidados (QdC) de saúde, quais as suas dimensões e como se pode avaliar e promover.

## 2. Qualidade em Saúde

Como foi aprofundado no capítulo anterior, “qualidade” é um conceito bastante complexo, mais ainda quando se trata da qualidade de um serviço, como é o caso dos cuidados de saúde. A procura da excelência dos cuidados tem originado amplo debate na comunidade internacional, com diferentes perspetivas e diferentes caminhos propostos para a alcançar. Surpreendentemente, existem muitos artigos que aplicam o termo QdC nos mais variados contextos, mas poucos procuram defini-lo. No entanto, definir QdC é uma etapa essencial para quem se propuser a tentar avaliar os mesmos.

Após uma revisão bibliográfica, rapidamente se encontram inúmeras abordagens e definições de qualidade. Segundo Quinti, citado por Serapioni (2009, p.70), “no contexto dos sistemas europeus de saúde, por exemplo, foram identificadas 60 diferentes abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde”. A complexidade da QdC deve-se a vários fatores:

- a) em primeiro lugar, pela própria complexidade do conceito de “saúde”;
- b) pela diversidade de intervenientes nos sistemas de saúde, desde os próprios utentes, aos diferentes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos, fisioterapeutas, etc.), administradores e gestores das unidades de saúde, decisores políticos, etc., cada um com uma perspetiva e interesse próprio sobre o assunto;
- c) pelo carácter multidimensional do conceito de qualidade;
- d) pelo facto de ser um serviço, com uma componente imaterial, altamente personalizado, que implica uma relação com o outro, que por vezes exige rapidez de decisão e ação. O utente participa, até certo ponto, no processo de produção;
- e) o conceito de QdC é condicionado por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (Serapioni, 2009).

Avedis Donabedian, médico considerado pioneiro no estudo da qualidade nos cuidados de saúde, refere que “a mais elevada qualidade de cuidados é aquela que realiza a melhor expectativa na melhoria do estado de saúde, sendo a saúde definida de forma abrangente para incluir a dimensão física, fisiológica e psicológica” (Donabedian, Wheeler e Wyszewianski in Nuckols, Escarge e Asch, 2013, p.324).

Para o Instituto de Medicina Americano, QdC refere-se ao “nível no qual os serviços de saúde, para indivíduos ou populações, aumentam a probabilidade de atingir resultados desejáveis em saúde e são consistentes com o corrente conhecimento profissional”, e define “seis pilares principais: os cuidados de saúde devem ser seguros, efetivos,

centrados no paciente, em tempo oportuno, eficientes e equitativos” (Silva [et al.], 2013, p.860).

Segundo a Associação Médica Americana, citada por Maya Goldenberg (2012, p.247), QdC refere-se ao cuidado que “consistentemente contribui para melhorar ou manter a qualidade e/ou duração de vida”.

Na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, o Ministério da Saúde define a qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015, p.13551).

As definições mencionadas, são as mais utilizadas e amplamente aceites, no entanto apresentam algumas limitações, seja porque na própria definição recorrem a outros conceitos também eles vagos como “qualidade de vida”, ou porque assumem como sendo consensuais os conceitos de “resultados desejáveis em saúde”, ou “melhor expectativa na melhoria do estado de saúde”, o que pode ter diferentes interpretações para diferentes pessoas. Por outro lado, a definição proposta pelo Instituto de Medicina Americano, centra-se quase exclusivamente nos resultados, ignorando o contributo da estrutura e dos processos (conceitos que serão explorados mais à frente) na melhoria da QdC.

Apesar de qualquer definição de QdC ter sempre elementos ambíguos, e ser sempre possível refutar conteúdos particulares e catalogados da mesma, a importância da qualidade dos cuidados em si ninguém consegue contestar (Emmerich [et al.], 2015). Neste contexto, surge a definição proposta por Maya Goldenberg (2012, p.256): “qualidade dos cuidados refere-se aos atributos de um serviço de saúde que são considerados, pelos intervenientes relevantes, suficientemente importantes para serem medidos e promovidos dentro de uma organização”. Esta definição não especifica o significado do termo, nem os elementos que o constituem, no entanto essa é uma falha intencional, uma vez que retira da definição todos os elementos potencialmente refutáveis. Para Goldenberg (2012, p.256), esta definição “serve para justificar iniciativas para a qualidade a todos os níveis organizacionais dos cuidados de saúde, oferecendo nada mais do que o sentimento generalizado que a qualidade é importante!”. Apesar de ser uma definição aparentemente ambígua, assume um papel importante neste trabalho. Em primeiro lugar porque justifica a pertinência do tema, uma vez que assume a importância incontestável da QdC. Em segundo lugar, realça a necessidade de a medir e promover. Por fim, porque concede aos “intervenientes relevantes” o papel de definir quais os atributos que determinam a QdC. Este último ponto, vai ao encontro do estudo realizado por Silva [et al.] (2013), que tinha

como objetivo explorar e comparar o que significa QdC para os diferentes intervenientes (médicos, enfermeiros e utentes). Através de um estudo qualitativo, realizaram entrevistas aos diferentes intervenientes em vários hospitais de Portugal e concluíram que apesar de todos os participantes darem ênfase à dimensão técnica e interpessoal da QdC, as suas conceções eram diferentes entre si e não se sobreponham às definições teóricas vulgarmente aceites. Os autores concluíram que as definições teóricas propostas não representam com rigor aquilo que os intervenientes do processo de cuidados sentem, sugerindo a necessidade de incorporar essas perspetivas na avaliação da QdC, de forma a que esta possa melhorar num contexto real.

Diversos autores e organizações procuraram determinar as diferentes dimensões da QdC. Apesar de algumas divergências, as dimensões mais utilizadas são (por ordem decrescente): - eficácia, eficiência, acesso, segurança, imparcialidade, adequabilidade, oportunidade, aceitação, sensibilidade ao utente ou focalização no utente, satisfação, melhoria da saúde e continuidade dos cuidados. A escolha das dimensões a utilizar vai influenciar as políticas de saúde a adotar, daí a sua importância (Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, 2013).

Para o Instituto de Medicina Americano, “os cuidados de saúde de qualidade devem ser seguros, efetivos, confiáveis, focados no utente, eficientes e equitativos” (Sfantou [et al.], 2017, p.2).

Para a Organização Mundial da Saúde a QdC deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: “qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade, aceitabilidade por parte dos utentes” (Serapioni, 2009, p.70).

Várias organizações nacionais e internacionais têm-se envolvido nestas questões e desenvolvido estratégias para a melhoria da QdC no contexto europeu, entre elas, a European Society for Quality in Healthcare, o Conselho da Europa e a Delegação Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde (Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, 2013).

Em 1995, o Conselho da Europa elaborou um relatório com recomendações sobre “Dimensões dos Sistemas de Melhoria da Qualidade”. Deste trabalho, resultou um quadro de orientações para se compararem as atividades desenvolvidas nos diferentes países. Em 1998, os ministros da saúde concordaram em colaborar na qualidade no setor da saúde, publicando uma síntese das políticas sobre qualidade nos Estados Membros. Em



2008, a Comissão Europeia antecipou certas propostas não-legislativas relevantes para a QdC de saúde, sendo as mais significativas:

- Comunicação e Recomendação do Conselho sobre Segurança do Doente e Qualidade dos Serviços de Saúde;
- Green Paper sobre os Profissionais de Saúde na Europa e lançamento de um Processo de Alto Nível de Reflexão sobre Profissionais de Saúde na Europa;
- Proposta para a melhoria da segurança do doente através da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, 2013).

A Organização Mundial de Saúde, citada por Benito (2015, p.9), apresentou o programa “Saúde 2020” como um novo quadro da política de saúde europeia. Tem como objetivo apoiar os governos e sociedades a “melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer a saúde pública e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas que são universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade”.

“A Comissão Europeia defende que os sistemas de saúde modernos têm de permanecer não só acessíveis e eficazes, mas também ser sustentáveis a longo prazo e desenvolver e manter a resiliência” (Benito, 2015, p.9). Apesar da crise financeira vivida nos últimos anos, segundo a Health Consumer Powerhouse (2018), os sistemas de saúde europeus mantêm uma evolução positiva nos seus resultados. Esta organização é responsável pelo Euro Health Consumer Index, um relatório anual que classifica os sistemas de saúde nacionais da Europa, com base nos resultados de um conjunto de indicadores das seguintes áreas temáticas: direitos e informação dos doentes; acessibilidade; resultados; diversidade e abrangência dos serviços prestados; prevenção; produtos farmacêuticos (DGS, 2018). Apesar dos critérios de avaliação terem sido estreitados desde 2017, os países com avaliação superior a 800 pontos, num total de 1000, têm vindo a aumentar, totalizando neste momento, 12 países (Health Consumer Powerhouse, 2018). Em 2017, Portugal situou-se na 14ª posição, de entre uma avaliação de 35 países, mantendo a posição do ano anterior e continuando a “registar uma melhoria dos indicadores relativos aos direitos e informação dos doentes, aos resultados e à prevenção” (DGS, 2018, p.1).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), refere que Portugal implementou um conjunto de reformas estruturais e amplas iniciativas para a qualidade, o que permite afirmar que “a qualidade dos cuidados é uma prioridade para o sistema de saúde português, aparentando, no geral, uma prestação de cuidados de alta

qualidade a um baixo custo, estando as despesas com a saúde abaixo da média da OCDE para os gastos *per capita* (Benito, 2015, p.9).

Atualmente os cidadãos comprometeram-se com uma postura mais ativa em relação à sua saúde, o que também se traduz em expectativas mais elevadas em relação aos cuidados, exigência de mais informação e melhor desempenho das organizações prestadoras de cuidados e maior participação nas decisões (Benito, 2015).

Os programas de garantia de qualidade devem eles próprios ser avaliados, sendo um aspeto importante da avaliação, a perceção dos intervenientes relevantes. Os funcionários (clínicos e não clínicos) desempenham um papel essencial no sucesso destes programas, no entanto, existem poucos estudos sobre a perceção dos funcionários acerca dos programas de garantia de qualidade (Kaplan in Henker [et al.], 2018).

O conceito da “qualidade” tem sido aplicado nos mais variados contextos e na área da saúde são várias as teorias propostas. No entanto, além de definir modelos teóricos e conceptuais, importa operacionalizar os mesmos, de forma a ser possível avaliar a QdC de saúde e promover a melhoria contínua dos mesmos.

## 2.1. Avaliação da Qualidade em Saúde

A primeira iniciativa do Ministério da Saúde para implementar um programa de acreditação no Serviço Nacional de Saúde remonta ao ano 1999 e foi da responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde. Inicialmente adotou-se o modelo inglês da King's Fund, atual Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), no entanto numa fase posterior também se implementou o modelo americano da Joint Commission International. Os dois modelos coexistiram e apesar de algumas diferenças, abordavam aspeto semelhantes no que respeita à qualidade e segurança (DGS, 2014).

A melhoria da qualidade e da segurança do utente foi sentida apenas nos grandes centros hospitalares. A coexistência de vários programas de acreditação, ainda por cima pouco adaptados às diferentes tipologias dos cuidados de saúde existentes (cuidados de saúde primários e continuados, unidades de saúde com dificuldades estruturais), inviabilizaram uma progressão global e efetiva dos cuidados (DGS, 2014).

Em 2009 foi instituído, na Direção-Geral da Saúde, o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) com o objetivo de “criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do Sistema de Saúde português” (DGS, 2014, p. 5).

A DGS considerou que o modelo de certificação de unidades de saúde da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), respondia aos desafios da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal e era compatível com os Programas Nacionais de Saúde em curso, pelo que foi aprovado por despacho ministerial, passando a designar-se por modelo ACSA, atualmente ACSA International (DGS, 2014). A adoção deste modelo tem como objetivo “favorecer e impulsionar a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados ao cidadão no Serviço Nacional de Saúde, na vertente clínica, de relacionamento com o cidadão, organizacional, processual, de desenvolvimento profissional e da formação contínua” (DGS, 2016, p.11), ou seja, alcançar de forma consistente e sustentável a excelência organizacional e colocá-la ao serviço do cidadão. A certificação é vista como um “processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que reflete não apenas o grau de desenvolvimento da qualidade na organização no momento atual, como todo o seu potencial de evolução e crescimento” (DGS, 2016, p.14).

O modelo ACSA parte de um conjunto de padrões de referência, denominados por standards, que servem de referência para reconhecer a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados ao utente. Os diferentes Manuais de Standards foram adaptados às diferentes tipologias de unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes referenciais de padrões de qualidade permitem analisar e avaliar a QdC de saúde e orientar os profissionais na escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade e apoio no processo de melhoria contínua (DGS, 2016).

Cada Manual de Standards é elaborado com o envolvimento de profissionais especializados do sistema de saúde e através de Comissões Técnicas Assessoras e está estruturado em cinco blocos e onze critérios (DGS, 2016):

Quadro 1 - Manual de Standards

I. A pessoa como centro do sistema de saúde	1. A pessoa como sujeito ativo 2. Acessibilidade e continuidade assistencial 3. Informação clínica
II. Organização da atividade centrada na pessoa	4. Gestão de processos assistenciais 5. Promoção da saúde e qualidade de vida 6. Direção e planeamento estratégico
III. Os profissionais	7. Profissionais
IV. Processos de suporte	8. Estrutura, equipamento e fornecedores 9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
V. Resultados	10. Ferramentas da Qualidade e Segurança 11. Resultados do Hospital

(Fonte: DGS, 2016, p.24)

Os indicadores de qualidade foram adotados por muitos sistemas de saúde para medir, comparar e melhorar a QdC. Permitem uma avaliação sistematizada do cuidado, e por isso são um instrumento importante para o planeamento e tomada de decisão por parte dos

gestores no âmbito da saúde. A DGS (2016, p. 124) define indicador de qualidade como: “medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para controlar e avaliar a qualidade das atividades que afetam os resultados da prestação de cuidados de saúde: governação clínica, atuação clínica, funções de administração e de suporte”.

Rossaneis [et al.] (2014), num estudo quantitativo procurou identificar a utilização de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem em hospitais de ensino, no Brasil. Nesse estudo, concluíram que os indicadores adotados pela maioria dos hospitais eram os indicadores gerais da instituição: taxa de infeção hospitalar, taxa de ocupação hospitalar e média de permanência hospitalar. Mais diretamente relacionados com os cuidados de enfermagem adotaram a incidência de não conformidade na administração de medicamentos, incidência de úlcera de pressão, incidência de queda do utente, taxa de acidente de trabalho dos profissionais de enfermagem, horas de formação, rácios enfermeiro/utente, taxa de absentismo e satisfação do cliente. Referem ainda que os hospitais celebram contratos com a Secretaria de Saúde do Estado, em que o financiamento dos hospitais depende do cumprimento das metas contratualizadas. Embora os indicadores de qualidade sejam reconhecidos como um instrumento importante na avaliação da QdC, é importante definir quais os indicadores que melhor traduzem essa realidade.

Henker [et al.] (2018), num estudo qualitativo com o objetivo de avaliar as perceções dos profissionais de saúde sobre o programa de garantia de qualidade do Hospital Pediátrico de Angkor, concluíram que um dos pontos fortes do programa consistia no facto dos indicadores escolhidos refletirem a forma como os intervenientes vêm a QdC. Assim, os profissionais podem visualizar o resultado dos seus esforços na melhoria da qualidade, encorajando o seu envolvimento e compromisso com o programa. Participar na tomada de decisão está associado ao compromisso profissional.

Pohontsch [et al.] (2015), num estudo qualitativo, com o objetivo de explorar a representação de aspetos relevantes para os utentes no processo de desenvolvimento de indicadores de qualidade, concluíram que existe um consenso que os indicadores de qualidade devem incorporar aspetos relevantes para os utentes, e por isso estes devem ser envolvidos no processo de desenvolvimento desses indicadores. No entanto, não existe nenhum método que permita envolver os mesmos nesse processo de forma eficaz, e por isso, na realidade, os indicadores vulgarmente utilizados traduzem apenas uma pequena parte da sua perspetiva sobre a QdC. Baudendistel [et al.] (2015), chegaram a conclusões muito idênticas num estudo qualitativo, com utentes com insuficiência cardíaca na Alemanha. Neste estudo, referem que os indicadores de qualidade utilizados “não

representam totalmente os padrões elevados de qualidade relevantes para os utentes (...) os défices identificados, estavam relacionados com a comunicação e a cooperação entre os vários setores do sistema de saúde” (Baudendistel [et al.], 2015, p. 1403). Os esforços para integrar esta perspetiva devem-se ao reconhecimento que “os utentes dos serviços de saúde têm um papel legítimo, a perícia necessária e um importante contributo para a conceção dos serviços” (Bombard [et al.], 2018, p. 2). Os questionários de satisfação aplicados aos utentes têm sido uma ferramenta utilizada para avaliar o cuidado na sua perspetiva e são uma componente essencial de qualquer programa de monitorização e melhoria da qualidade. A experiência do utente é uma medida do aspeto relacional e funcional do cuidado (Kumah, Osei-Kesse e Anaba, 2017; Henker [et al.], 2018).

O Modelo de Donabedian, um dos mais utilizados no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde, é constituído por três componentes essenciais: estrutura, processo e resultados. Segundo Donabedian (2005, p.694), “apesar dos resultados poderem indicar bom ou mau cuidado no seu conjunto, eles não permitem um discernimento sobre a natureza e a localização das deficiências e das forças a que os resultados se devem”. Ou seja, embora os resultados sejam importantes para avaliar a eficácia e a QdC, temos que avaliar o processo do cuidado em si mesmo, para perceber se estes são prestados de forma apropriada. Importa também incluir uma apreciação da estrutura, que pode incluir processos administrativos que dão suporte ao cuidado, as instalações e equipamentos, a qualificação dos profissionais, a estrutura administrativa, entre outros (Donabedian, 2005). Donabedian alega que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado.

Estrutura, processo e resultado não são atributos da qualidade, são apenas “tipos de informação que se pode obter para inferir se a qualidade dos cuidados é boa ou não” (Donabedian, 2003, p.47).

A **estrutura** refere-se às condições em que os cuidados são prestados: - recursos materiais, como instalações e equipamentos; - recursos humanos, como quantidade, variedade e qualificação dos profissionais; - estrutura organizacional, como a organização da equipa médica e de enfermagem, existência de funções de formação, ensino e investigação, tipo de supervisão existente, modelo de avaliação de desempenho; - recursos financeiros, métodos de pagamento dos cuidados; entre outros (Donabedian, 2003; Gomes, 2011).

A estrutura tem uma grande influência na forma de agir das pessoas, e conseqüentemente, na QdC. A sua avaliação tem como vantagem serem atributos fáceis de observar,

documentar e tendem a ser mais estáveis, no entanto, “existe uma relação fraca entre variações na estrutura e na qualidade dos cuidados, exceto quando se refere a alterações relativamente grandes” (Donabedian, 2003, p.51).

O **processo** são as atividades que constituem os cuidados de saúde. Compreende o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação para a saúde. De certa forma, pode-se considerar que a QdC significa qualidade do processo de cuidar. As informações podem ser obtidas através dos registos clínicos, questionários aos utentes ou observação direta dos cuidados. O processo tem uma relação mais direta com os resultados do que a estrutura, pelo que permite identificar variações mais pequenas e mais imediatas da qualidade (Donabedian, 2003). A avaliação do processo oferece uma estimativa sobre a qualidade menos estável e menos definitiva que os resultados, no entanto, “pode ser mais relevante para a questão em causa, se os cuidados são adequadamente praticados” (Donabedian, 2005, p. 694).

Os **resultados** são as mudanças no estado de saúde do indivíduo, ou população, resultado dos cuidados de saúde. Inclui mudanças nos conhecimentos e comportamentos do utente e familiares, satisfação dos utentes e familiares com os cuidados de saúde e com os seus resultados (Donabedian, 2003; Gomes, 2011). “Uma das vantagens da avaliação dos resultados, é que reflete não só o que foi feito ao utente (processo), mas também com que perícia é que foi feito” (Donabedian, 2003, p. 53). Pode existir uma inclinação para considerar que os resultados são o aspeto mais importante da qualidade, no entanto, é importante lembrar que os resultados são uma consequência do processo, que por sua vez, depende da estrutura. Uma avaliação exclusiva dos resultados, não permite perceber os fatores que contribuem para o bom ou mau resultado, logo não é possível fortalecer o que está bem, nem corrigir o que está mal. Além disso, uma das limitações da avaliação dos resultados prende-se com o facto de por vezes estes só se verificarem longos períodos após a prestação de cuidados, nalguns casos, pode demorar anos até os mais remotos resultados do cuidado se verificarem (Donabedian, 2003), sendo este aspeto particularmente importante, quando nos propomos a avaliar a QdC em unidades com tempos médios de internamento relativamente curtos, como no caso das Unidades de Cuidados Intermédios. Muitas vezes, fatores extrínsecos à QdC também influenciam os resultados, por isso temos que tomar precauções para garantir que tomamos isso em conta na avaliação (Donabedian, 2005).

Segundo Donabedian (2003), cada uma das abordagens da qualidade dos cuidados tem vantagens e desvantagens, pelo que a utilização de uma combinação das três permite explorar mais detalhadamente os vários aspetos da qualidade, ou seja, qualquer sistema

de avaliação deve incluir “elementos da estrutura, processo e resultados uma vez que analisam diferentes aspetos dos cuidados fornecidos nos sistemas de saúde” (Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, in Silva, 2013, p. 44).

“A avaliação da qualidade deve sustentar-se numa definição conceptual e operacional da QdC” (Donabedian, 2005, p. 692). Para Donabedian (2003), a QdC é o resultado do produto de dois fatores: - a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde; - e a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática dos cuidados. Esse produto pode ser caracterizado por vários atributos que incluem a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. “Estes, de forma individual ou numa variedade de combinações, constituem a definição de qualidade e, quando medidos, demonstram a sua magnitude” (Donabedian, 2003, p.4). O cuidado é eficaz, quando é capaz de produzir o efeito esperado, é eficiente quando é produzido de forma exemplar, livre de negligência, é ótimo, quando o resultado corresponde ao estado da arte, deve ser economicamente sustentável, de alta qualidade cumprindo os critérios de legitimidade e coletivamente percebido como justo (Benito, 2015).

Eficácia é a capacidade da ciência e tecnologia dos cuidados de saúde produzirem melhorias na saúde quando usadas nas circunstâncias mais favoráveis. É o standard com o qual qualquer melhoria na saúde alcançada na prática deve ser comparada. “A eficácia, em si, não está sujeita a monitorização, resulta da pesquisa, experiência e do consenso profissional” (Donabedian, 2003, p.4).

Efetividade é o grau em que as melhorias na saúde atingíveis são, de facto, alcançadas. Isto implica uma comparação entre a performance atual e a performance que a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, em condições ideais ou específicas, seria expectável alcançar (Donabedian, 2003).

Eficiência é a “capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir as melhorias alcançáveis na saúde” (Donabedian, 2003, p.9). Ou seja, a eficiência aumenta, se para o mesmo custo, os ganhos em saúde aumentam, ou se os mesmos ganhos em saúde são alcançados a um custo mais baixo.

Existem várias formas de aumentar a eficiência dos cuidados de saúde:

1. Eficiência Clínica - depende do conhecimento, julgamento e capacidade clínica dos profissionais de saúde prescreverem e implementarem cuidados que não incluam métodos e fármacos prejudiciais, inúteis, ou menos eficazes.
2. Eficiência Produtiva - produzindo de forma mais eficiente os bens e serviços. Por

exemplo, reduzir os custos através de taxas de ocupação mais altas, ou não atribuir tarefas a um enfermeiro que um auxiliar pode realizar. Pode-se também incluir nesta categoria alterações nos procedimentos (por exemplo na preparação de medicação) que reduzam a frequência de erros que possam causar dano à saúde e, conseqüentemente, custos mais elevados (Donabedian, 2003).

Otimização é o confronto entre os ganhos em saúde contra os custos associados a esses ganhos. Esta definição implica que existe uma relação ótima entre custos e benefícios nos cuidados de saúde, onde abaixo desse ponto mais benefícios poderiam ser obtidos a um custo relativamente baixo, e acima do qual os benefícios são obtidos a um custo demasiado elevado, comparativamente com os benefícios (Donabedian, 2003).

Aceitabilidade é a conformidade com os desejos e expectativas dos utentes e familiares. Inclui a acessibilidade (facilidade com que se consegue obter os cuidados de saúde), a relação utente-profissional de saúde, as amenidades do cuidado (conveniência, privacidade, conforto e limpeza, entre outros), preferências do paciente relativas aos efeitos, riscos e custos do cuidado, e por fim, aquilo que os utentes consideram justo e equitativo (Donabedian, 2003).

Para avaliar a QdC é essencial obter informação fidedigna. Donabedian (2003), aborda diferentes fontes de informação:

- Registos médicos. É a fonte de informação mais usada sobre o processo e os resultados do cuidado. São necessários bons registos para um bom cuidado e para uma avaliação credível da qualidade, no entanto, frequentemente estão incompletos, inexatos e difíceis de interpretar.
- Entrevista / Questionário.
  - Entrevista / Questionário aos utentes e membros da família. Dá-nos informação sobre o grau de satisfação relativamente aos cuidados. Pode ser uma simples e informal entrevista, no entanto, opiniões obtidas enquanto o utente está no contexto clínico podem ser distorcidas por este não querer ofender nem antagonizar ninguém. Preferencialmente deve-se escolher um espaço mais neutro, mas não com um intervalo de tempo tão longo que a memória possa esvanecer.
  - Entrevista / Questionário aos profissionais de saúde. É essencial permitir ao profissional de saúde explicar o que fez e/ou o que falhou, de forma a perceber a razão do seu comportamento. Esta discussão pode ser educacional quer para



o profissional de saúde quer para o avaliador, pelo que nenhuma avaliação final de qualidade deve ser feita sem que esta ocorra. Os profissionais podem ser questionados, não só sobre os cuidados que eles próprios prestaram, mas também acerca da qualidade dos cuidados da instituição, acerca das condições do seu trabalho, materiais e organizacionais, sobre a sua satisfação. Embora a satisfação dos profissionais não seja um atributo da qualidade, pois manter os profissionais satisfeitos não está entre os objetivos do cuidado, um profissional satisfeito é um importante atributo da estrutura do cuidado e influencia o seu desempenho.

- Entrevista / Questionário à população. Os questionários à população encontram-se numa categoria à parte porque inclui pessoas que, durante um período de tempo, podem não ter recebido cuidados de saúde, ou receberam-no de várias instituições diferentes por isso a sua experiência não pode ser atribuída apenas a uma fonte.
- Registos financeiros. Estes dados fornecem informação sobre a adequação dos cuidados, da sua qualidade e dos custos dos mesmos.
- Relatórios estatísticos. As instituições e sistemas de saúde regularmente recolhem informação sobre as suas atividades e resultados.
- Observação direta.
  - Observação da estrutura. Através de uma equipa de avaliadores que visita a instituição para ver as condições de higiene e segurança do espaço, se o equipamento necessário está disponível, se os registos clínicos são devidamente guardados, etc. A estrutura organizacional é mais difícil de observar, mas alguns aspetos podem ser recolhidos através de entrevistas aos profissionais e participando nalgumas reuniões, por exemplo dos profissionais clínicos, da comissão de controlo de infeção ou da equipa da qualidade.
  - Observação do processo. Acontece quando os professores orientam os alunos, ou os supervisores exercem a sua autoridade sobre os subordinados. Entre colegas, ocorre também um processo informal de observação recíproca e consequente ajuste automático às normas de comportamento.
  - Observação dos resultados. Pode requerer, nalguns casos, observação direta, por exemplo, observar se uma fratura foi corretamente tratada, ou se a amplitude de movimento foi preservada ou restaurada.

Recolher dados sobre a QdC por si só não vai conduzir à melhoria da qualidade. Por exemplo, a colheita de dados sobre a experiência dos utentes é utilizada globalmente, no entanto, é importante perceber de que forma se podem utilizar esses dados para melhorar a QdC. Através de uma revisão bibliográfica, Kumah, Osei-Kesse e Anaba (2017) procuraram construir um modelo que ajudasse as organizações a utilizar os dados recolhidos. Definiram três pontos principais:

1. Entender os dados. Antes de uma organização poder explicar, interpretar e utilizar os dados de forma eficaz, primeiro tem que entender os dados. Uma das formas de o conseguir é fazer uma análise comparativa, comparando com informação colhida anteriormente, comparando com os resultados de organizações similares (benchmarking externo) ou com os resultados de departamentos diferentes dentro da mesma organização (benchmarking interno). Outra forma de entender os dados é complementar a informação com dados qualitativos recolhidos através de entrevistas a utentes. Isto ajuda a clarificar e compreender as preocupações sentidas pelos utentes.
2. Comunicar e explicar os dados. Inclui partilhar os resultados com os intervenientes relevantes (profissionais, utentes e público em geral) e explicar os resultados aos profissionais responsáveis por melhorar a QdC. Sugerem ainda realizar sessões de treino para profissionais sobre como interpretar e utilizar os resultados, pois isso demonstrou uma maior participação dos profissionais no desenvolvimento e implementação de planos de melhoria contínua da qualidade.
3. Plano de melhoria. Após difundir e interpretar os resultados, a organização necessita de determinar o plano de atuação. Requer a colaboração dos utentes e dos profissionais a todos os níveis da organização.

De forma a explorar todo o potencial dos dados recolhidos junto dos utentes é necessário ultrapassar algumas barreiras, como falta de tempo para discutir os resultados, falta de recursos para desenvolver programas educativos, atrasos na difusão dos resultados, falta de interesse dos profissionais, resistência à mudança, entre outros (Kumah, Osei-Kesse, Anaba, 2017).

O tipo de liderança, um dos aspetos considerado por Donabedian no âmbito da estrutura, é um elemento importante para reforçar a QdC. Sfantou [et al.] (2017), procuraram estabelecer uma ligação entre os estilos de liderança e a QdC. Definiram liderança como a “relação entre o(s) indivíduo(s) que lidera(m) e aqueles que escolhem segui-lo, refere-se ao comportamento de dirigir e coordenar as atividades de uma equipa em direção a um

objetivo comum” (Sfantou [et al.], 2017, p.1). Consideraram seis tipos de liderança mais comuns:

- Transformacional. Caracterizada por criar relações e motivação entre os membros da equipa, este tipo de líder tem a capacidade de inspirar confiança, respeito e comunicar através de uma visão partilhada, resultando em mais produtividade, moral e melhor satisfação.
- Transacional. O líder atua como gestor da mudança, fazendo trocas com os funcionários que conduzem a um aumento da produtividade.
- Autocrática. Considerada ideal em situações de emergência, uma vez que o líder toma todas as decisões, sem auscultar a opinião da equipa. Os erros não são tolerados, e a culpa recaí sobre o indivíduo.
- Laissez-faire. Neste tipo de liderança, o líder não toma decisões e os funcionários agem sem direção ou supervisão. A mudança, neste contexto, é rara.
- Orientada para tarefas. Envolve o planeamento das atividades, esclarecimento de funções dentro da equipa, definição de objetivos assim como monitorização contínua dos processos.
- Orientada para relações. Baseia-se no suporte, desenvolvimento e no reconhecimento.

Vários estudos atribuem ao tipo de liderança um papel fundamental na QdC. Uma liderança eficaz promove um ambiente de trabalho de alta qualidade e um clima de segurança que garante resultados positivos aos utentes. Logo, a falta de liderança, prejudica os utentes. Uma liderança transformacional está associada a uma menor mortalidade, maior cultura organizacional, maior satisfação profissional e maior produtividade. A liderança orientada para tarefas e orientada para relações está associada a maiores níveis de satisfação dos utentes. “Os tipos de liderança que provaram ser mais eficazes são os que conceitualizam a liderança como um processo colaborativo, multifacetado e dinâmico, por exemplo, liderança transformacional ou a liderança orientada para o funcionário” (Sfantou [et al.], 2017, p.14).

A comunicação e a colaboração interprofissional são outros fatores que os profissionais de saúde consideram cruciais para melhorar a eficácia clínica e a satisfação no trabalho. Através da comunicação e colaboração interprofissional entre médicos, enfermeiros e restantes membros da equipa, aumenta o reconhecimento sobre o conhecimento e capacidades de cada profissional, melhorando o processo de tomada de decisão (em equipa) e conseqüentemente, contribui para uma melhoria da QdC. No entanto, a estrutura organizacional das instituições de saúde é tendencialmente hierárquica, com os médicos

no topo da hierarquia. Este tipo de organização representa uma barreira para uma comunicação e colaboração interprofissional eficaz (Busari, Moll e Duits, 2017).

Os enfermeiros consideram a falta de conhecimento sobre o plano de tratamento dos utentes como um grande obstáculo, com possíveis consequências, como aumento do risco de erros, redução da eficiência e falta de motivação, resultando em piores cuidados ao utente (Busari, Moll e Duits, 2017).

A partilha de conhecimentos e capacidades é fundamental e conduz a uma melhor QdC, por isso tem que se promover o conhecimento mútuo dos planos de tratamento do utente, organizar reuniões interprofissionais e estimular atitudes interprofissionais (Busari, Moll e Duits, 2017).

O ambiente em que os cuidados são prestados contribui não só para a satisfação dos enfermeiros, mas também para os resultados sensíveis à prática de enfermagem. Assim, a promoção de ambientes favoráveis é fundamental para otimizar a QdC.

Segundo Aiken, Clarke e Sloane, citados por Benito (2015, p.13), os ambientes que promovem a qualidade têm as seguintes características:

- recursos adequados;
- boas relações de trabalho;
- controle da Enfermagem sobre a sua própria prática;
- serviços de apoio adequados que permitam aos enfermeiros passar tempo com os seus utentes.

O desenvolvimento do Nursing Work Index – Revised (NWI-R), instrumento que permite identificar as características organizacionais que determinam o ambiente da prática profissional de enfermagem, indica que “certos traços organizacionais do ambiente da prática de enfermagem estão associados a níveis mais elevados de cuidados de qualidade, melhores resultados de enfermagem e melhores resultados obtidos pelos utentes” (Benito, 2015, p.58).

Será que a QdC pode ser melhorada através de avaliações repetidas? Esta foi a pergunta de partida para Leonard e Masatu (2017), que procuraram perceber se a QdC poderia ser melhorada, sem qualquer treino, supervisão explícita, reformas institucionais ou recompensas externas, apenas mantendo a atenção e escrutínio sobre a qualidade. É conhecido o efeito de Hawthorne: - quando são alvos de atenção e escrutínio os profissionais aumentam a adesão aos protocolos, no entanto, a adesão diminui à medida que a atenção também diminui. Neste estudo, procuraram prolongar o efeito de Hawthorne no tempo, mantendo a atenção e escrutínio. Surpreendentemente, concluíram que os

efeitos a médio prazo foram superiores aos de curto-prazo e que os profissionais aumentaram a adesão não só nos itens principais da avaliação, mas também nos itens secundários. O facto de os profissionais terem sido encorajados a melhorar a QdC teve um impacto duradouro, mesmo após terminar a avaliação, talvez devido aos utentes estarem mais atentos ou os profissionais terem notado melhores resultados em consequência dos cuidados com mais qualidade.

“Um sistema conceitual e terminológico claro e preciso é a base para um sistema eficaz de controlo da qualidade” (Yerdavletova, Mukhambetov, 2015, p. 244), ou seja, de forma a controlar a QdC, é necessário definir e delimitar o nosso campo de atenção. No que respeita à Enfermagem de Reabilitação (ER), os trabalhos publicados são escassos, pelo que importa desenvolver esta área do conhecimento, de forma a promover cuidados com níveis de qualidade cada vez mais elevados.

## 2.2. Qualidade na Enfermagem de Reabilitação

Aquela que poderá ser considerada a primeira lei relacionada com a qualidade dos cuidados de saúde encontra-se no Código de Hamurabi, escrita cerca de 2000 a. C., previa a prevenção da má prática e a compensação de quem a sofria. Ao longo da história, a QdC de saúde esteve sempre ligada exclusivamente ao médico. Apenas no séc. XIX, com Florence Nightingale, que concebeu formas inovadoras de cuidar, a garantia da QdC passou a ser responsabilidade do hospital. Este conceito foi considerado precursor dos programas de qualidade em serviços de saúde e pela primeira vez, colocou em evidência o papel do enfermeiro. No entanto, em 1910, o processo de acreditação de organizações de saúde nos Estados Unidos ainda “contemplavam apenas as condições necessárias ao exercício das atividades médicas, sem considerar a necessidade de dimensionamento da equipa de enfermagem e a estrutura física necessária para prestar a assistência” (Leão [et al.], 2008, p. 20).

Segundo Davis (citado por Benito, 2015, p.9), “os serviços prestados pelos enfermeiros representam cerca de 90% dos cuidados de saúde”. Com tanta representatividade, é incontornável atribuir à Enfermagem um lugar de destaque no que se refere à QdC. A complexidade, especificidade, diversidade e a frequente intangibilidade dos cuidados de enfermagem dificultam a sua avaliação, no entanto, é importante estabelecer ligações entre os resultados do utente e o profissional de enfermagem (Benito, 2015).

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem uma área de intervenção especializada com um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. “Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a

recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades. Os cuidados de ER dirigem-se à pessoa em todas as fases do ciclo vital, cuidados continuados e paliativos, cuidados na comunidade, constituindo-se uma área de intervenção clínica que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde” (OE, 2015, p.3). Estes ganhos em saúde são uma evidência científica e por isso é indiscutível o papel da ER na melhoria da QdC.

Martins, Ribeiro e Silva (2018), num estudo quantitativo realizado em 36 instituições hospitalares, concluíram que os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) promovem um maior envolvimento dos conviventes significativos do utente no processo de cuidados, desenvolvem processos de adaptação eficazes (planeiam a alta dos utentes de acordo com as suas necessidades e recursos da comunidade, otimizam as capacidades do utente e conviventes significativos) e sentem responsabilidade acrescida na promoção da qualidade dos cuidados. O contributo dos EEER para a QdC de enfermagem em contexto hospitalar, está “especificamente centrada nos enunciados descritivos bem-estar e autocuidado e readaptação funcional, que efetivamente são tradutores do *core* da área de especialidade da ER, bem como do mandato social da mesma” (Martins, Ribeiro e Silva, 2018, p.29).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, elaborado pela OE é um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de ER e um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados (OE, 2011). Foram identificadas oito categorias de enunciados descritivos de qualidade: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de Enfermagem. Estes enunciados visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da Enfermagem e ajudam a precisar o papel do enfermeiro de reabilitação (OE, 2011). A produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Reabilitação constitui uma prioridade, e este Regulamento é o “alicerce para a explicitação desses indicadores e para a avaliação sistemática da qualidade e eficácia dos resultados dos cuidados prestados” (OE, 2011, p.3).

Com o propósito de “promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem [de reabilitação] e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde” (OE, 2018, p. 5), a OE publicou também o Bilhete de Identidade dos Indicadores que integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, doravante designado por Bilhete de Identidade dos Indicadores. Orientado para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER, integra as componentes da avaliação da qualidade recomendadas por Donabedian (indicadores de estrutura, processo e resultado), e acrescenta indicadores de componente epidemiológica (OE, 2015).

Este documento representa um contributo significativo na demonstração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER, fornece informação sobre a prestação de cuidados especializados, apoia a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas e garante efetividade na sua intervenção. É composto por indicadores sensíveis aos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (por exemplo, satisfação do cliente, rigidez articular, posicionar-se, ventilação, deglutição, entre outros) e o seu bilhete de identidade inclui a designação, tipo de indicador, objetivo, descrição, frequência de monitorização, responsável pela monitorização, fonte da informação, entidade auditora, critérios de inclusão, unidade de medida, fórmula e valor de referência.

Após uma abordagem à definição de QdC e aos seus modelos de avaliação, antes de prosseguir este caminho de construção de um instrumento de avaliação da QdC da ER, importa perceber as implicações que este processo acarreta. Emmerich [et al.] (2015), num artigo de revisão bibliográfica, alertam para o facto dos processos burocráticos de auditoria, poderem desviar o foco de atenção do cuidado, uma vez que os profissionais podem ficar excessivamente preocupados e responsivos aos aspetos da auditoria, em vez de se centrarem nas necessidades de cuidados dos utentes. Ou seja, “o processo de avaliação, e não só os seus resultados, efetivamente molda a prática [dos cuidados]” (Emmerich [et al.], p. 6). Logo, é importante perceber que um instrumento de avaliação, além de permitir analisar uma realidade, define o caminho que os cuidados vão seguir, uma vez que as instituições e os profissionais vão adaptar a sua prática às exigências dessa avaliação.

### 3. Problemática do estudo

O ponto de partida de uma investigação é uma “situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão” (Fortin, 2009, p.66). Uma vez que atingir padrões de qualidade cada vez mais elevados deve ser o desígnio dos profissionais de saúde, concretamente dos EEER, este estudo centra-se na qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM).

Sendo o enfermeiro “um dos profissionais que mais se tem envolvido na implementação da gestão da qualidade nas instituições hospitalares, uma vez que no desenvolvimento do seu processo de trabalho tem a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial para compreender os seus anseios e expetativas, aprimorando a prática do cuidar com qualidade” (Rossaneis [et al.], 2014, p.770), a problemática deste estudo, “avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, é de enorme relevância, e apesar de existirem bastantes trabalhos na área da QdC de saúde, não há unanimidade sobre o que esse conceito significa nem como se pode operacionalizar o mesmo, e no que respeita concretamente à Enfermagem de Reabilitação, os trabalhos publicados são escassos. Assim, este estudo pretende dar um contributo para a persecução de padrões de qualidade cada vez mais elevados na área da Enfermagem de Reabilitação.

Surge então o momento de definir a questão de investigação, na forma de “uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p.73). Define-se a seguinte questão:

- *“Que atributos integram a avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermédios?”*

Uma questão de investigação pode ser descritiva, explicativa ou preditiva. “Quando se trata de descrever fenómenos humanos, emprega-se uma metodologia qualitativa, porque se quer conhecer a significação atribuída pelos participantes aos fenómenos vividos. As questões têm um carácter geral e começam pelas questões pivôs “que” ou “qual” (Fortin, 2009, p.74). A questão encontra-se, portanto, no nível descritivo, e neste estágio contém habitualmente um só conceito ou um só fenómeno: - *“Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”*. A opção pelo termo “atributo”, prende-se com o seu significado: - “qualidade própria e inerente”, além de ser o termo aplicado por Maya Goldenberg (2012, p.256) quando menciona que a “qualidade dos cuidados refere-se aos



atributos de um serviço de saúde que são considerados, pelos intervenientes relevantes, suficientemente importantes para serem medidos e promovidos dentro de uma organização”.



## 1. Tipo de estudo

A investigação científica “constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos”, porque “é um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis (...) tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos” (Fortin, 2009, p.4).

A primeira etapa da fase metodológica consiste na escolha do desenho de investigação, isto é, “um plano lógico traçado pelo investigador (...) varia segundo o objetivo, as questões de investigação ou as hipóteses” (Fortin, 2009, p. 54). Deve dar resposta a uma das três funções da investigação, que são a descrição (desenho descritivo), a explicação (desenho correlacional) e a predição/controlo (desenho experimental).

Como se verificou no capítulo anterior, a QdC de saúde é um conceito complexo, controverso, multidimensional e concretamente a “qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação” é um fenómeno ainda pouco estudado, pelo que se opta por um **estudo descritivo simples**. Este desenho de investigação “comporta o reconhecimento do fenómeno a estudar, a determinação do ou dos conceitos que se reportam a este fenómeno e a elaboração de definições conceptuais e operacionais das variáveis, que não só imprimem uma perspetiva ao estudo, como também permitem ligar os conceitos e as descrições que lhe são dadas” (Fortin, 2009, p. 237), ou seja, o “desenho descritivo é apropriado quando o objetivo perseguido é descrever um fenómeno ainda mal conhecido” (Fortin, 2009, p. 215).

Este estudo, procura a compreensão absoluta do fenómeno, a “qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, tal como se apresenta, sem procurar controlá-lo e desenvolve-se em meio natural. O objetivo é descrever ou interpretar. Segundo Freixo (2011, p. 146), “esta abordagem é uma extensão da capacidade do investigador em dar um sentido ao fenómeno”.

Além de fornecer um plano de ação, o desenho de investigação deve incluir os mecanismos de controlo que visam minimizar as fontes de enviesamento que colocam em risco a validade dos resultados. Assegurar essa validade, consiste em garantir a correspondência entre as definições conceptuais e as definições operacionais das variáveis ou comportar uma amostra de tamanho apropriado e métodos de colheita de dados fiéis e válidos, que serão descritos a seguir.

Apesar do planeamento ser essencial para qualquer estudo científico atingir os objetivos propostos, na pesquisa qualitativa, o delineamento evolui à medida que o estudo se desenvolve, ou seja, é um “delineamento emergente – um delineamento que emerge à

medida que o pesquisador toma decisões constantes que refletem o que já foi aprendido”  
(Polit, Beck e Hungler, 2004, p.200).

## 2. Objetivos do estudo

“O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue” (Fortin, 2009, p.160), sendo muito importante selecionar o verbo de ação mais adequado, pois este informa à partida qual o nível de investigação ou de conhecimento que se situa o estudo. O objetivo geral é:

- *“Construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermédios”.*

Como objetivos específicos considera-se:

- Descrever os atributos que condicionam a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas suas diferentes dimensões;
- Analisar a pertinência do Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, como instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação;
- Definir os indicadores mais sensíveis da QdC de Enfermagem de Reabilitação, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intermédios.

### 3. População e amostra

Segundo Fortin (2009, p.55), “a população consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão”. Uma vez que é impossível estudar a população inteira, constitui-se uma amostra, a mais representativa possível da mesma. Na investigação qualitativa, recorre-se maioritariamente a uma amostra não probabilística, isto é, uma amostra não aleatória, respondendo a características precisas. A população deste estudo são os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação a exercer funções nas Unidades de Cuidados Intermédios. Opta-se pela **amostragem por escolha racional**, ou seja, “trata-se de constituir uma amostra de indivíduos em função de um traço característico (...) os indivíduos escolhidos são supostos representar bem o fenómeno raro ou inusitado em estudo e de ajudarem a compreendê-lo” (Fortin, 2009, p. 322). Como critérios de inclusão da amostra define-se:

- 1) ser enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação há mais de um ano;
- 2) exercer funções numa UCIM na região norte.

O tamanho da amostra afeta a credibilidade e a qualidade da análise dos dados. Devem ser considerados aspetos como a homogeneidade da população, o grau de precisão e o método de amostragem, no entanto, não existe uma fórmula simples para determinar o tamanho da amostra. “Se o objetivo do estudo consiste em explorar e em descrever fenómenos, a amostra será de pequeno tamanho” (Fortin, 2009, p. 327). O tamanho foi determinado pela saturação dos dados, “uma situação na qual estes já não trazem novas informações” (Fortin, 2009, p. 299).

Tendo em conta que cada serviço e cada equipa de trabalho terá as suas características e especificidades, de forma a evitar que os resultados refletissem apenas a realidade dessa equipa, mas sim traduzissem uma perspetiva geral da QdC de Enfermagem de Reabilitação numa UCIM, optou-se por entrevistar EEER de quatro Unidades de Cuidados Intermédios diferentes, numa proporção idêntica entre as diferentes unidades.

A caracterização da amostra deste estudo encontra-se no Quadro 2.

Idade	Anos de exercício de Enfermagem	Anos de Especialidade	Anos de exercício na área da Especialidade
44	22	9	9
41	19	7	2
41	20	9	8
31	9	2	2
52	28	12	8
44	22	9	9
43	22	12	11

Quadro 2 - Caracterização da Amostra

Como se pode constatar, participaram no estudo sete enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e os 52, com uma média de 42 anos de idade. O tempo de exercício de Enfermagem varia entre os 9 e os 28 anos, sendo a média de 20 anos. Quanto ao tempo do título de EEER, varia entre os 2 e os 12 anos, com uma média de 9 anos. Por fim, o tempo de exercício na área de especialidade varia entre os 2 e os 11 anos, sendo em média 7 anos.

#### 4. Instrumento de colheita de dados

Para melhor compreender o fenómeno do estudo, a QdC de Enfermagem de Reabilitação, a entrevista surge como o instrumento de colheita de dados de eleição. “A entrevista é o principal método de colheita dos dados nas investigações qualitativas” (Fortin, 2009, p. 375).

Utilizando como ponto de partida o quadro teórico desenvolvido previamente, a entrevista tinha como objetivo aprofundar e verificar os diferentes domínios da QdC. Assim, entre os vários tipos de entrevistas, o que melhor responde aos objetivos do estudo é a **entrevista semidirigida**. Segundo Fortin (2009) a entrevista semidirigida é utilizada quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes. O entrevistador determina uma lista de temas a abordar, formula questões respeitantes a estes temas e apresenta-os ao respondente numa ordem que ele julga apropriado e todos os temas que fazem parte da lista devem ser abordados.

O guião da entrevista (Apêndice 1) foi estruturado com base no Modelo de Donabedian, categorizando os atributos da QdC de Enfermagem de Reabilitação em sub-grupos (estrutura, processo, resultado), e no Bilhete de Identidade dos Indicadores.



## 5. Procedimento para recolha e análise de dados

A aplicação do instrumento de colheita de dados implicou a autorização prévia por parte de cada uma das Comissões de Ética das unidades hospitalares em causa. Após a autorização, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos EEER. As entrevistas decorreram no local de trabalho dos entrevistados, num ambiente tranquilo e privado, foram gravadas após consentimento escrito da Declaração de Consentimento Informado (Apêndice 2) e tiveram uma duração média de 77 minutos. A recolha dos dados realizou-se entre fevereiro e abril de 2019. Posteriormente, as entrevistas foram codificadas de forma a facilitar a análise dos dados, mantendo a anonimato.

A primeira etapa da análise dos dados na investigação qualitativa, implica organizar e classificar os mesmos, de forma a ter acesso a toda a informação relevante, sem ter que reler repetidamente todo o conjunto de dados, “a categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2011, p.147).

A análise dos dados foi efetuada através da análise de conteúdo, “trata-se de medir a frequência, a ordem, ou a intensidade de certas palavras, frases ou expressões” (Fortin, 2009, p.379). A análise de conteúdo clássica, com grelha de análise categorial, “já deu provas e permite percorrer ao nível manifesto todas as entrevistas” (Bardin, 2011, p. 91). O sistema de classificação foi preparado antes da colheita de dados, com base nas categorias descritas pelos modelos teóricos desenvolvidos na fase concetual, mas sujeito a alterações, decorrentes dos dados obtidos na colheita de dados.

Segundo Freixo (2011, p. 153), este tipo de organização “permite ao investigador:

- uma representação dos dados num espaço visual reduzido;
- auxilia a planificação de outras análises;
- facilita a comparação entre diferentes conjuntos de dados;
- por último, garante a utilização direta dos dados no relatório final”.

Toda a fase metodológica foi construída com o intuito de obter resultados o mais objetivos possível, no entanto, “toda a investigação é influenciada pela subjetividade do cientista. A meta é a objetividade processual” (Streubert e Carpenter, 2013, p.12). As ciências humanas valorizam a subjetividade, uma vez que a própria realidade é uma construção de experiências subjetivas.

## 6. Considerações Éticas

No domínio da saúde, uma vez que envolve seres humanos, as considerações éticas têm que estar presentes em todo o processo de investigação, desde a escolha do tema, no desenho do estudo, no recrutamento dos participantes, na recolha e análise dos dados (Fortin, 2009). Ou seja, as considerações éticas tomam lugar no preciso momento em que a investigação começa a ser considerada, pois o próprio propósito da investigação tem de ser o benefício do ser humano.

Os três principais conselhos subvencionários canadianos redigiram o *Énoncé de politique des trois Conseils*, no qual definiram sete princípios éticos para a investigação científica: 1) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) o respeito pelos grupos vulneráveis; 3) respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; 4) o respeito pela justiça e pela equidade; 5) o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes; 6) a redução dos inconvenientes; 7) a otimização das vantagens. Uma vez que a população do estudo são enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação pode-se considerar que não estamos perante um grupo vulnerável, nem se preveem riscos ou inconvenientes significativos para os participantes do estudo. Assim sendo, sem nunca descurar nenhum dos princípios enunciados, considera-se que do ponto de vista ético, o presente estudo carece de especial cuidado no que concerne ao respeito:

- pelo consentimento livre e esclarecido, o que implica dotar o sujeito de toda a informação essencial, assegurar que a compreendeu e que pode cessar a sua participação em qualquer momento, sem incorrer em qualquer pena ou sanção (Fortin, 2009);
- pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, que envolve “o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade” (Fortin, 2009, p. 189);
- pela justiça e pela equidade, que “remete para as noções de imparcialidade e de equidade na escolha ou na aplicação dos métodos, das normas e das regras e para a noção de objetividade no processo de avaliação” (Fortin, 2009, p. 190).



## 1. Apresentação e interpretação dos resultados

O propósito de qualquer estudo de investigação é contribuir para o desenvolvimento do conhecimento numa determinada área, logo, “os resultados de uma investigação têm pouca utilidade se não forem comunicados e dados a conhecer à comunidade em geral e em particular à comunidade científica” (Freixo, 2011, p. 223).

Neste capítulo, pretende-se atribuir significado aos dados recolhidos e organizados previamente. A interpretação dos resultados é uma das etapas mais difíceis do relatório de investigação, “dado que exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação” (Fortin, 2009, p. 477).

Da análise das entrevistas realizadas surgem quatro áreas temáticas: - Estrutura; - Processo; - Resultado; - Bilhete de Identidade dos Indicadores.

### 1.1. Estrutura

A estrutura refere-se às “condições em que os cuidados são prestados” (Donabedian, 2003, p.46). Tem uma grande influência na forma de agir das pessoas, e consequentemente, na QdC. Decorrente da análise das entrevistas foram definidas três categorias e doze subcategorias, referentes a esta área temática, que se encontram no quadro 3.

Quadro 3 - Área Temática: Estrutura

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Estrutura	Recursos Materiais	Instalações
		Espaços
		Equipamentos
	Recursos Humanos	Enfermeiros Generalistas
		EEER
		Outros profissionais
	Estrutura Organizacional	Disponibilidade dos Cuidados de ER
		Articulação entre equipa multidisciplinar
		Integração de profissionais
		Funções específicas de ensino, formação e investigação
		Supervisão
		Avaliação de desempenho

As categorias definidas vão de encontro ao Modelo de Donabedian, que no âmbito da estrutura inclui os recursos materiais, recursos humanos, a estrutura organizacional e os recursos financeiros (Donabedian, 2003; Gomes, 2011). Relativamente aos recursos financeiros, entendidos como métodos de pagamento dos cuidados, entre outros

(Donabedian, 2003), estes não foram mencionados ao longo das entrevistas, pelo que não são considerados um aspeto relevante para avaliar a QdC de ER.

### 1.1.1. Recursos Materiais

Os recursos materiais são um aspeto importante para várias teorias sobre a QdC, desde o Modelo de Donabedian (Donabedian, 2003), o Modelo ACSA (DGS, 2016) e autores como Aiken, Clarke & Sloane (Benito, 2015). Os resultados das entrevistas efetuadas corroboram estes modelos teóricos pois foram muitas as referências a este aspeto da QdC. A categoria **“Recursos materiais”** refere-se às instalações, espaços e equipamentos disponíveis para o utente e equipa multidisciplinar.

Relativamente à subcategoria **“Instalações”**, através dos relatos das entrevistas pode-se considerar como as condições físicas da unidade de trabalho e da unidade do utente, incluindo espaços de apoio (por ex. espaços de armazenamento de material). As referências a esta subcategoria encontram-se no quadro 4.

Quadro 4 - Achados das entrevistas referentes a Instalações

Subcategoria	Unidades de Registo
Instalações	<p>A: “na UCIM, acho que poderíamos ter uma área específica nossa (...) onde pudéssemos fazer outro tipo de trabalho, que não temos espaço nem condições para realizar junto da unidade do utente, ou seja, teres o cantinho da reabilitação (...) vejo nesta perspetiva, o doente tem a sua unidade de tratamento e repouso e temos uma unidade de trabalho”.</p> <p>D: “não temos um sítio específico para guardar o material da reabilitação e era importante”.</p> <p>E: “Outra condição que eu acho importante, e que falta muito nas nossas unidades, é a capacidade de nós termos resguardo do doente, ou seja, alguma proteção daquilo que será a sua intimidade e daquilo que é o respeito pela sua individualidade (...) o doente deverá ter algum resguardo daquilo que são as suas limitações”.</p> <p>E: “O sistema de cortinas nós temos, mas é muito próximo da unidade do doente (...) seria um espaço mais amplo um bocadinho, estaria a pensar mais numa box, uma espécie de quarto, mas não de isolamento”.</p> <p>F: “mobiliário adequado, adaptado para que a nossa segurança não seja colocada logo em questão”.</p> <p>G: “o nosso problema neste momento é ter pouco espaço físico para guardar as coisas, por isso também não dá para ter grandes quantidades”.</p>

A importância atribuída ao domínio das instalações por parte dos EEER, concretiza-se na existência de uma área específica para os cuidados de ER (A: “acho que poderíamos ter uma área específica nossa (...) onde pudéssemos fazer outro tipo de trabalho”), locais que permitam o armazenamento do material necessário aos cuidados de ER (D: “não temos um sítio específico para guardar o material da reabilitação e era importante”), que protejam

a privacidade e a intimidade dos utentes (E: condição que eu acho importante, e que falta muito nas nossas unidades, é a capacidade de nós termos resguardo do doente) e instalações seguras (F: “mobiliário adequado, adaptado para que a nossa segurança não seja colocada logo em questão”).

Na subcategoria “**Espaços**”, as referências dizem respeito ao espaço disponível na unidade do utente, como um aspeto importante para prestar cuidados de ER de forma segura e eficaz. As referências encontram-se no quadro 5.

Quadro 5 - Achados das entrevistas referentes a Espaços

Subcategoria	Unidades de Registo
Espaços	<p>A: “A unidade do doente terá sensivelmente 3 metros, atendendo à realidade não está mau”.</p> <p>B: “espaços amplos, arejados, com luz natural. Devemos ter espaço suficiente, junto da unidade do doente, para podermos circular e podermos trabalhar com o doente. Devemos também ter boa visibilidade, digamos se estou a fazer um registo, ou se estou a trabalhar com um doente, a disposição das camas deve estar de tal forma que consiga ter uma boa visibilidade dos restantes utentes”.</p> <p>B: “[unidade do utente] 6m<sup>2</sup> seria o ideal, 3m de largura, 2m de comprimento”.</p> <p>C: “ser espaçoso é essencial”.</p> <p>E: “precisamos pelo menos de outro espaço igual àquele que a cama ocupa”.</p> <p>F: “Quanto espaço?! Três metros pelo menos, entre uma cama e outra... três metros e meio... porque depois coloca-se a questão, temos o equipamento para trabalhar com o doente (...) Muitas vezes, o espaço para a transferência do doente da cama para a cadeira é curto, relativamente à ergonomia, cadeirões em sítios que não temos espaço de manobra, que nos permita a nossa própria movimentação”.</p>

Uma vez que os procedimentos inerentes aos cuidados de ER implicam a utilização de alguns equipamentos, o levante e transferência do utente, é necessário espaço para se trabalhar de forma segura e eficaz. Os EEER consideraram o espaço como um aspeto muito importante (C: “ser espaçoso é essencial”) e que a unidade do utente deveria ter três metros de largura (B: “[unidade do utente] 6m<sup>2</sup> seria o ideal, 3m de largura, 2m de comprimento”). Após pesquisa bibliográfica, a única referência encontrada sobre este tema refere-se à Portaria n.º 290/2012 (p.5353), que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de prestação de serviços de saúde, onde se define que “a distância entre camas deve ser, no mínimo, de 0,90 m”. Importa referir que a distância mencionada se refere a “requisitos mínimos”, logo, os EEER, devido à natureza das suas intervenções, consideraram que o espaço, para ser adequado, teria que ser superior.

Por “**Equipamentos**” entende-se as ajudas técnicas necessárias para os cuidados de ER. As referências a esta subcategoria encontram-se no quadro 6.

Quadro 6 - Achados das entrevistas referentes a Equipamentos

Subcategoria	Unidades de Registo
Equipamentos	<p>A: “há coisas básicas que nos faltam, desde um andarilho, uma ajuda técnica que nos permitisse reduzir o esforço nas transferências cama-cadeira, o elevador de transferência, barras, espelho, sacos de areia, pesos, corda para fazer movimento de roldana. [Cough assist?] Sim, já começamos a ter um volume de doentes que já justificaria isso”.</p> <p>B: “superfícies de apoio, pedaleira, bastão, sacos de areia, cough assist, espirómetros, fluxómetros, equipamentos de eletroestimulação, espelho quadriculado, talas de margaret johnstone, andarilho, canadianas, goniómetro, entre outros... as camas elétricas e os cadeirões, não são específicos da ER mas claro que nos ajudam muito”.</p> <p>C: “espirómetro, bastões, coisas muito simples. Não temos cough assist, quando precisamos temos que pedir (...) elevador de transferência”.</p> <p>D: “bastões, espirómetros, sacos de areia, pedaleira, pesos, faixas elásticas, elevador de transferência... cough assist não temos, mas é importante”.</p> <p>E: “aquilo que nós temos para conseguirmos fazer levantes a doentes, temos elevadores de transferência, pranchas de transferência, temos cadeiras de rodas, temos cadeirões, portanto, acho que podemos começar por aí (...) pedaleiras, por acaso não temos os andarilhos”.</p> <p>E: “Mas aquilo que é o equipamento básico, que é o que nos ajuda a fazer a transferência do doente, o levante precoce e ter alguns exercícios de mobilidade, nós temos”.</p> <p>E: “na perspetiva de conseguir fazer treinos de marcha aos doentes, temos uma passadeira, assim a questão do resto do equipamento que tem que estar com o doente não precisa de deambular também”.</p> <p>F: “Temos um armário com material... para as transferências, um elevador, o bastão para a reeducação costal global, a faixa normalmente utilizamos material adaptado, os lençóis, não temos... bandas elásticas para treino de reforço muscular, halteres, espirómetros... um andarilho para mim é extremamente importante, não temos”.</p> <p>G: “desde equipamento do foro respiratório, ventiladores, cough assist (...) a nível de equipamento de treino de força muscular não temos tanta coisa (...) temos elevador de transferência, cinto de transferência, temos cadeirões para todos os doentes, temos espelho quadriculado, podem fazer exercícios do foro respiratório com bastão e faixa elástica, temos pedaleira. Para doentes com alteração da deglutição, temos também equipamento apropriado, desde copos recortados, canecas com doseador, talheres adaptados...”.</p>

Dos equipamentos mencionados pelos EEER destacam-se (pela frequência com que foram referidos): - elevador de transferência; - bastão; - cough assist; - andarilho; - pedaleira; - espirómetro; - espelho quadriculado; - saco de areia; - pesos; - faixa elástica. Não tendo encontrado bibliografia que suporte os achados das entrevistas, considera-se que os equipamentos referidos são essenciais no âmbito da readaptação funcional, reeducação funcional e mobilização e transferência dos utentes, áreas de atuação primordiais no contexto de uma UCIM.

## 1.1.2. Recursos Humanos

Os recursos humanos são um aspeto central da QdC, uma vez que os profissionais “são os elementos da organização que passam da planificação realizada para a prática assistencial e são quem recolhe a opinião e satisfação das pessoas a quem são prestados os cuidados de saúde” (DGS, 2016, p.78). Segundo o Modelo de Donabedian é importante avaliar os recursos humanos segundo a quantidade, variedade e qualificação dos profissionais (Donabedian, 2003). Os resultados das entrevistas efetuadas corroboram a importância atribuída aos recursos humanos pelos modelos teóricos, pois foram muitas as referências a este aspeto da QdC. A categoria “**Recursos humanos**” refere-se aos elementos que devem constituir a equipa multidisciplinar de uma UCIM e que contribuem para a QdC de ER.

A subcategoria “**Enfermeiros Generalistas**”, refere-se ao rácio dos enfermeiros que prestam cuidados de Enfermagem geral numa UCIM. O quadro 7 apresenta as referências a esta subcategoria.

Quadro 7 - Achados das entrevistas referentes a Enfermeiros Generalistas

Subcategoria	Unidade de Registo
Enfermeiros Generalistas	<p>A: “o nosso rácio está bem, 1 enfermeiro para 3 doentes (...) Esse rácio acaba por interferir com o nosso trabalho”.</p> <p>B: “sim, seria um critério importante. Três doentes por enfermeiro”.</p> <p>C: “o rácio vai influenciar a qualidade, não tenho dúvida. Um enfermeiro para três doentes, nas UCIM é o que está preconizado”.</p> <p>D: “se o enfermeiro generalista tem mais cuidado, tem mais tempo para o doente, ele também vai estar melhor para os cuidados de reabilitação (...) um rácio de 3 doentes por enfermeiro já não era mau de todo”.</p> <p>E: “Nós trabalhamos em proximidade, não estamos isolados. O simples facto de sermos enfermeiros de reabilitação, não nos isola do resto que são as atividades desenvolvidas em relação ao doente (...) um rácio de 1 para 3, às vezes também não é suficiente, mas ajuda bastante”.</p> <p>F: “Se o rácio dos enfermeiros generalistas interfere?! Sim, é uma equipa (...) são três doentes por enfermeiro, está adequado”.</p> <p>G: “[rácio dos enfermeiros generalistas vai interferir na qualidade?] Sim, até porque temos um trabalho de parceria, porque nós sozinhos não conseguimos fazer tudo. Se não derem continuidade ao nosso trabalho quando não estamos aqui, dificilmente as coisas evoluem para bom porto, temos mesmo que contar com o trabalho deles (...) 3 doente para 1 enfermeiro generalista não será mau”.</p>

Surge a necessidade de incluir esta subcategoria, uma vez que todos os entrevistados referiram que os cuidados de enfermagem e de ER desenvolvem-se em equipa e há necessidade de continuidade dos cuidados de ER por parte dos enfermeiros generalistas (G: “Se não derem continuidade ao nosso trabalho quando não estamos aqui, dificilmente as coisas evoluem para bom porto, temos mesmo que contar com o trabalho deles”). Relativamente ao rácio de enfermeiros generalistas consideraram um enfermeiro para três



utentes um rácio adequado, o que vai de encontro à Norma para cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento nº 533/2014, p.30250), que considera como “referência mínima sete horas de cuidados necessários”, para uma UCIM.

A subcategoria “**EEER**”, refere-se ao rácio dos EEER a prestar cuidados na área da especialidade numa UCIM. As referências encontram-se no quadro 8.

Quadro 8 - Achados das entrevistas referentes a EEER

Subcategoria	Unidades de Registo
EEER	<p>A: “um EEER para sete doentes seria um rácio interessante”.</p> <p>B: “seis utentes, um EEER. Em que o EEER estaria de manhã e de tarde, 7 dias/semana”.</p> <p>C: “um EEER a fazer reabilitação aos nove doentes”.</p> <p>D: “num turno de 8 ou 9 horas, sete ou oito doentes é exequível”.</p> <p>E: “eu penso que seria um bom rácio, aqui pela nossa experiência, se nós tivéssemos um enfermeiro de reabilitação para cada 6 doentes de intermédios”.</p> <p>F: “acho que um EEER para seis doentes é muito bom”.</p> <p>G: “seis doentes de UCIM para um enfermeiro de reabilitação, era ótimo”.</p>

Todos os entrevistados referiram a importância de um rácio adequado para garantir cuidados de ER de qualidade. A maioria considerou que seis utentes para um EEER seria o rácio mais adequado (F: “acho que um EEER para seis doentes é muito bom”), sendo que as respostas variaram entre seis e nove utentes por cada EEER. A Assembleia Geral da OE, a 30 de março de 2019, aprovou o projeto de Regulamento que aprova a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, onde determina que as UCIM devem integrar EEER, “de modo a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 clientes, em todos os dias da semana” (OE, 2019, p.22). Este projeto de Regulamento, aguarda homologação do Ministério da Saúde, mas demonstra que o rácio EEER/utente ainda deve ser superior ao referido pelos entrevistados.

A subcategoria “**Outros Profissionais**”, reporta-se aos elementos da equipa multidisciplinar que, direta ou indiretamente, contribuem para a QdC de ER. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 9.

Quadro 9 - Achados das entrevistas referentes a Outros Profissionais

Subcategoria	Unidades de Registo
Outros Profissionais	<p>A: “podíamos melhorar na parte da nutrição. Os fisioterapeutas podiam dar mais apoio, porque quanto mais o doente for trabalhado, mais rapidamente ele vai sair de cá, se rentabilizarmos todos os recursos, o doente só fica a ganhar. Psicologia, terapia da fala, se começarmos a ter um número mais significativo de doentes com alterações neurológicas terá todo o seu sentido, a assistente social sim, no sentido de começarmos a referenciação logo no início”.</p> <p>B: “uma equipa multidisciplinar é imprescindível e ninguém pode negar a importância (...) se queremos um assistente social, um psicólogo, um nutricionista, não têm que fazer parte da equipa fixa, do núcleo duro da UCIM, mas deve estar disponível para dar uma resposta o mais breve possível (...) Em relação a outros recursos humanos, acho que a assistência religiosa, não são profissionais de saúde, mas pode ser um bocado esquecida, e os cuidados paliativos, são também extremamente importantes e nem sempre nos lembramos dessa parte”.</p> <p>C: “nutricionista, psicólogo... [Fisioterapeuta?] No doente crítico não faz sentido. [Fisiatra?] Também não, nós fazemos reabilitação sem prescrições, temos autonomia. [Terapia da fala?] Os doentes aqui ficam um, dois dias, num doente crítico, como é o caso, começa a ter necessidade <i>a posteriori</i>, treinos de deglutição fazemos nós”.</p> <p>D: “são todos válidos... fisioterapeuta, terapeuta da fala, apoio do fisiatra que é muito raro cá vir, não sei se é pela iniciativa dos enfermeiros da unidade ou se por indisponibilidade dos próprios fisiatras. Psicólogo, nutricionista e assistente social. Os auxiliares também. Se quero fazer reabilitação de manhã e preciso da colaboração de um auxiliar, por algum motivo, não tenho”.</p> <p>E: “O fisioterapeuta era preciso que fizesse também parte desta equipa (...) temos necessidade de um terapeuta da fala, temos necessidade de um psicólogo, nutricionista sim, também faria todo o sentido”.</p> <p>F: “eu acho que fazia sentido um fisioterapeuta trabalhar no serviço, mas nas suas funções. A terapia da fala, psiquiatria e psicólogo também dão apoio e fazem falta”.</p> <p>G: “quando os doentes estão na fase mais aguda, só nós é que trabalhamos com eles, quando começam a ficar mais estáveis, em algumas situações os médicos acabam por pedir apoio da Medicina Física e Reabilitação, mas não são muitas situações, mas é importante ter esse apoio (...) nutricionista temos sempre uma de apoio à unidade, todos os dias. Psicólogo não temos, mas seria importante. Assistente Social também temos”.</p>

A análise às entrevistas demonstra a importância que os entrevistados atribuem à equipa multidisciplinar (B: “uma equipa multidisciplinar é imprescindível e ninguém pode negar a importância”). Este achado corrobora os modelos teóricos que afirmam que com a crescente complexidade dos cuidados de saúde e maior especialização das diferentes áreas de conhecimento, a comunicação e colaboração interprofissional contribui para o reconhecimento sobre o conhecimento e capacidades de cada profissional, melhorando o processo de tomada de decisão (em equipa) e consequentemente, contribui para uma melhoria da QdC (Busari, Moll e Duits, 2017).

Das categorias profissionais mencionadas nas entrevistas destacam-se (pela frequência com que foram referidas): - psicólogo; - nutricionista; - fisioterapeuta; - terapeuta da fala; - assistente social. Foram também mencionadas (embora com menor frequência): - fisiatra; - auxiliar de ação médica; - psiquiatra; - equipa de cuidados paliativos; - assistência religiosa.

### 1.1.3. Estrutura Organizacional

Segundo a DGS (2016, p.74), a liderança tem um papel fundamental na gestão da qualidade dos cuidados de saúde, “a direção do hospital é a responsável por impulsionar a cultura da qualidade e a melhoria contínua e, para isso, deve definir um plano, desenvolver estratégias, possuir estruturas e dispor de instrumentos de suporte à sua implementação concreta”. O presente estudo, segue a linha orientadora do Modelo de Donabedian e considera a “**Estrutura Organizacional**” como a organização da equipa médica e de enfermagem, existência de funções de formação, ensino e investigação, tipo de supervisão existente e modelo de avaliação de desempenho (Donabedian, 2003; Gomes, 2011).

A subcategoria “**Disponibilidade dos Cuidados de ER**” refere-se ao horário em que os cuidados de ER estão disponíveis na UCIM. As referências encontram-se no quadro 10.

Quadro 10 - Achados das entrevistas referentes a Disponibilidade dos Cuidados de ER

Subcategoria	Unidades de Registo
Disponibilidade dos Cuidados de ER	<p>A: “um ER, de manhã e de tarde, de 2ª a domingo”.</p> <p>D: “devia haver EEER de manhã e de tarde e 365 dias por ano. E não digo que se faça reabilitação à noite, mas aqui na unidade, o facto de às vezes ter um EEER é benéfico”.</p> <p>E: “Sim, obviamente que os doentes também não vão ter exercícios todos os dias, também precisam de tempo para descansar (...) são cuidados continuados e são coisas que são precisas todos os dias por isso fazia sentido realmente haver também durante o fim de semana”.</p> <p>F: “ao domingo não acho que faça falta (...) porque os doentes que estão em plano têm que descansar”.</p> <p>G: “o ideal era ter sempre um enfermeiro de reabilitação, de manhã e de tarde, todos os dias... ao sábado e ao domingo as necessidades são as mesmas”.</p>

Os cuidados de ER necessitam de continuidade para se poder atingir resultados. Nas UCIM, frequentemente existem EEER apenas no turno da manhã em dias úteis. Apesar de ao longo das entrevistas, referirem a necessidade dos utentes descansarem (E: “obviamente que os doentes também não vão ter exercícios todos os dias, também precisam de tempo para descansar”), isso não invalida a necessidade dos cuidados de ER

nos turnos de fim de semana. Isto porque, existe admissão de novos utentes, a necessidade de dar resposta a agudizações dos utentes já internados, além das recomendações científicas que apontam para o benefício de programas de reabilitação intensivos (DGS, 2011). Nesse sentido, a maioria dos entrevistados referiu a importância de existir um EEER no turno da manhã e da tarde, todos os dias do ano, o que vai de encontro ao projeto de Regulamento que aprova a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, onde determina que as UCIM devem integrar EEER, “de modo a assegurar o rácio de 12 horas de cuidados de enfermagem especializados por cada 8 clientes, em todos os dias da semana” (OE, 2019, p.22).

A “**Articulação entre Equipa Multidisciplinar**” refere-se à definição multidisciplinar do plano de cuidados do utente. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 11.

Quadro 11 - Achados das entrevistas referentes a Articulação entre Equipa Multidisciplinar

Subcategoria	Unidades de Registo
Articulação entre Equipa Multidisciplinar	<p>A: “Era o ideal, discutir em grupo, nas várias perspetivas, como podemos dar ganhos ao doente. Equipa formada pelo médico, EEER, nutricionista, mesmo o psicólogo... e isso é possível fazer”.</p> <p>A: “Já trabalhei das duas formas. O EEER ouvia a passagem de turno e avaliava, ou os doentes eram referenciados pelos médicos e pelos colegas... quer uma quer outra são funcionais, o ideal seria as duas coisas”.</p> <p>B: “em relação às passagens de turno, médicos e enfermeiros, deviam estar todos presentes, porque assim poderíamos conhecer melhor o doente e seria uma mais-valia. (...) O enfermeiro especialista dá a informação da sua competência e sempre que há algum cuidado, que necessite de continuidade, pede à restante equipa de enfermagem para continuar esse cuidado”.</p> <p>B: “Claro que pode haver uma referência médica, mas nós não precisamos disso, nós conseguimos ter noção daquilo que nós podemos e devemos trabalhar”.</p> <p>C: “A passagem de turno é feita em conjunto [com a equipa médica], junto do doente (...) A passagem de turno em conjunto acho ideal, junto do doente tem os seus benefícios, a observação do doente, mas também tem os seus inconvenientes, que é preocupar o doente que ouve coisas que também não percebe”.</p> <p>C: “Quando entra um doente, o médico faz o seu plano, nós fazemos o nosso plano, se quem receber o doente for um EEER já faz a estrutura do plano de reabilitação, se eventualmente não for, quando vier o EEER, completa o plano (...) [discussão do plano em equipa multidisciplinar] Não, na reabilitação tens autonomia e fazes dessa forma”.</p> <p>D: “Acho que a passagem de turno deve ser em conjunto, só acho que não deve ser em frente ao doente”.</p> <p>D: “[A definição do plano] tem-se vindo a alterar, mas ainda é individual. O médico tem o seu plano, o EEER tem o dele... eventualmente na passagem de turno há uma indicação, “acho que o doente precisa de...”, mas era importante. Por exemplo na UCIP apesar de não fazerem uma passagem de turno interdisciplinar, o EEER assiste à passagem de turno dos enfermeiros e à passagem de turno dos médicos e acaba por fazer ali uma ponte e falar de coisas mais técnicas de reabilitação”.</p>

	<p>E: “Ainda não existe uma verdadeira coordenação em termos de elaborar um plano de reabilitação dentro do serviço (...) elaboração de um plano de reabilitação discutindo o caso do doente em conjunto entre os nossos médicos e nós, equipa de enfermagem”.</p> <p>F: “O EEER é um elo de ligação extremamente importante, na medida em que tem funções acrescidas em relação ao enfermeiro generalista, e articula com o enfermeiro generalista relativamente à dinâmica do doente a que vai prestar cuidados (...) O EEER é elo de ligação tanto com a parte médica como com a parte de enfermagem”.</p> <p>G: “Estabelecemos um trabalho de parceria muito grande, tentamos em conjunto estabelecer objetivos para os doentes (...) [Têm algum momento específico para discutir o plano ou é informal?] É informal. (...) todos os dias [os doentes] são avaliados por médicos diferentes, por isso somos nós que lhes acabamos por dar a noção da evolução do doente, temos mais essa perspetiva”.</p>
--	---

Da análise das entrevistas percebe-se que o EEER tem um papel específico e indispensável dentro da equipa e exerce na sua área com autonomia (B: “nós conseguimos ter noção daquilo que nós podemos e devemos trabalhar”). No entanto, a autonomia não invalida a discussão e definição do plano de cuidados em conjunto com a equipa multidisciplinar (A: “era o ideal, discutir em grupo, nas várias perspetivas, como podemos dar ganhos ao doente”). “Tem que se promover o conhecimento mútuo dos planos de tratamento do utente, organizar reuniões interprofissionais e estimular atitudes interprofissionais” (Busari, Moll e Duits, 2017), pois esta partilha de conhecimentos e capacidades conduz a uma melhor QdC.

Para o trabalho em equipa ser eficaz é necessária uma boa comunicação e colaboração interprofissional. Busari, Moll e Duits (2017), referem que os enfermeiros consideram a falta de conhecimento sobre o plano de tratamento dos utentes como um grande obstáculo, com consequências nefastas para a QdC. Nas entrevistas realizadas, a passagem de turno surge como o momento de excelência para a discussão e partilha de conhecimento entre a equipa médica e de enfermagem (B: “em relação às passagens de turno, médicos e enfermeiros, deviam estar todos presentes, porque assim poderíamos conhecer melhor o doente e seria uma mais-valia”).

A subcategoria “**Integração de Profissionais**” refere-se ao plano de integração de novos EEER na UCIM. As referências a esta subcategoria encontram-se no quadro 12.

Quadro 12 - Achados das entrevistas referentes a Integração de Profissionais

Subcategoria	Unidades de Registo
Integração de Profissionais	<p>B: “Acho que devia haver um manual de integração, é sempre um instrumento que nos pode orientar a nós e a quem vem, e acho que deve ficar atribuída essa função a quem tem mais tempo de serviço, quem tem mais experiência”.</p> <p>C: “Não existe, mas seria importante ter um plano”.</p> <p>D: “Seria importante haver um programa e até definir objetivos, modos de atuação”.</p>

	<p>F: “Sim, sem dúvida era importante ter integração (...) porque as tarefas do enfermeiro de reabilitação, quando é a tempo inteiro, são diferentes”.</p> <p>G: “Não temos nada organizado, não temos nada formalizado... mas seria importante”.</p>
--	---

Quando um enfermeiro assume os cuidados de reabilitação num determinado serviço, fica com funções e tarefas acrescidas, pelo que, mesmo que já exerça cuidados de enfermagem geral nesse serviço, necessita de ser integrado (F: “as tarefas do enfermeiro de reabilitação, quando é a tempo inteiro, são diferentes”). O Manual de Standards (DGS, 2016, p.78), define como padrão de referência (standard): - “O Hospital tem definidas as funções e responsabilidades para os diferentes postos de trabalho”, com o propósito de “definir as funções e responsabilidades de cada posto de trabalho como instrumento de apoio indispensável para um melhor e mais eficiente desenvolvimento das funções e atividades dos profissionais”. Apesar de nenhuma UCIM dos profissionais entrevistados ter um plano de integração para EEER, todos consideraram que seria importante elaborar um.

A subcategoria “**Funções específicas de ensino, formação e investigação**”, refere-se à atribuição de responsabilidade na área do ensino, da formação e investigação a elementos da equipa de enfermagem, dentro da UCIM. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 13.

Quadro 13 - Achados das entrevistas referentes a Funções específicas de ensino, formação e investigação

Subcategoria	Unidades de Registo
Funções específicas de ensino, formação e investigação	<p>B: “Claro que sim, uma política de formação contínua é sempre importante, é sempre imprescindível (...) em termos de investigação, também (...) a instituição deveria valorizar e premiar de qualquer maneira quem faz (...) Só assim conseguimos construir conhecimento, só assim conseguimos demonstrar que somos realmente importantes e que é uma mais valia apostar em nós, enfermeiros, na nossa qualificação”.</p> <p>C: “Sim é importante, e nós temos”.</p> <p>D: “Acho que é importante, mas também era importante que nos dessem esse tempo”.</p> <p>E: “É importante, acrescenta qualidade e é uma coisa que vai sendo feita”.</p> <p>E: “Temos é uma colaboração muito grande com as escolas naquilo que são os estágios da especialidade. (...) isso “obriga-nos” a mantermo-nos atuais, a mobilizar os conhecimentos e também aproveitar aquilo que da escola vem de novo, para tentarmos pôr ao uso dos nossos doentes. É uma mais valia”.</p> <p>F: “Sim com certeza, nós temos que crescer muito”.</p> <p>G: “Efetivamente [a formação] é imprescindível para a qualidade do serviço. [Quer a formação, quer o ensino e a investigação?] Sim”.</p>

A existência de funções de formação, ensino e investigação são um elemento da estrutura, segundo o Modelo de Donabedian (Donabedian, 2003; Gomes, 2011). No Manual de Standards (DGS, 2016, p.80) encontram-se vários padrões de referência que salientam a importância da formação, entre os quais: - “O Hospital realiza periodicamente a avaliação

das competências dos profissionais para identificar as suas necessidades de formação e desenvolvimento; - “O Hospital tem identificados os Planos de Formação Individuais dos seus profissionais em função da avaliação das competências”. A definição de planos de desenvolvimento individual tem como objetivo melhorar os perfis dos profissionais e facilitar a prestação de cuidados de saúde com os maiores níveis de excelência. No âmbito da investigação, o Manual de Standards (DGS, 2016, p.81) define como padrão de referência: - “O Hospital desenvolve linhas próprias de investigação”, com o propósito de “impulsionar a investigação no Hospital como elemento de inovação e desenvolvimento”. Os resultados das entrevistas corroboram os modelos teóricos, a formação e a investigação são elementos importantes na melhoria contínua da QdC (B: “Só assim conseguimos construir conhecimento, só assim conseguimos demonstrar que somos realmente importantes e que é uma mais valia apostar em nós, enfermeiros, na nossa qualificação”). Salienta-se ainda a importância do ensino como promotor da qualidade (E: “Temos é uma colaboração muito grande com as escolas naquilo que são os estágios da especialidade. (...) isso “obriga-nos” a mantermo-nos atuais, a mobilizar os conhecimentos e também aproveitar aquilo que da escola vem de novo, para tentarmos pôr ao uso dos nossos doentes. É uma mais valia”).

A subcategoria “**Supervisão**” refere-se à política de gestão e tipo de liderança da UCIM. As referências a esta subcategoria encontram-se no quadro 14.

Quadro 14 - Achados das entrevistas referentes a Supervisão

Subcategoria	Unidades de Registo
Supervisão	<p>A: “Voltamos ao mesmo, para fazer supervisão tenho que ter um guião, e continuo a achar que o que fazemos é empírico, temos bons resultados mas precisamos de ter uma estrutura formal... para fazer supervisão eu tenho que saber o que é que vou avaliar, quais são as linhas que me vão orientar”.</p> <p>C: “[Características de uma supervisão eficaz?] É uma boa questão, nunca pensei sobre o assunto. Não faço a mínima ideia, não será muito fácil”.</p> <p>E: “Características de liderança são importantes (...) se as chefias também conseguirem e demonstrarem vestir a camisola, entre aspas, também conseguem mobilizar a equipa nesse sentido (...) temos uma preocupação muito grande da nossa chefia e sentimos essa parte da supervisão a necessidade dos cuidados especializados, não só da reabilitação mas dos outros, a necessidade de termos mais conhecimentos dentro do serviço que é uma mais valia”.</p> <p>F: “É importante apoiar a tomada de decisão, estar aberto a sugestões e estabelecer objetivos”.</p> <p>G: “É importante estar perto da equipa e acompanhar o seu desenvolvimento. Se não houver uma supervisão de todo o trabalho que é realizado também não vamos conseguir evoluir, não sabemos quais são as dificuldades, os pontos bons, os pontos fracos”.</p>

Vários estudos atribuem ao tipo de liderança um papel fundamental na QdC. Uma liderança eficaz promove um ambiente de trabalho de alta qualidade e um clima de segurança que

garante resultados positivos aos utentes. “Os tipos de liderança que provaram ser mais eficazes são os que conceitualizam a liderança como um processo colaborativo, multifacetado e dinâmico, por exemplo, liderança transformacional ou a liderança orientada para o funcionário” (Sfantou [et al.], 2017, p.14). Os EEER entrevistados, reconhecem a importância da supervisão na QdC (G: “Se não houver uma supervisão de todo o trabalho que é realizado também não vamos conseguir evoluir”), referem a vantagem de existir um plano que permita orientar quem supervisiona e quem é supervisionado (A: “para fazer supervisão eu tenho que saber o que é que vou avaliar, quais são as linhas que me vão orientar”), consideram importante características de liderança como capacidade para mobilizar a equipa, promoção do desenvolvimento pessoal, apoiar na tomada de decisão e estabelecer objetivos.

A subcategoria “**Avaliação de Desempenho**” refere-se ao método de avaliação de desempenho dos EEER da UCIM. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 15.

Quadro 15 - Achados das entrevistas referentes a Avaliação de Desempenho

Subcategoria	Unidades de Registo
Avaliação de Desempenho	<p>A: “A avaliação de desempenho como é proposta pelo SIADAP, para além dos objetivos institucionais e do serviço, qualquer profissional pode estabelecer outro ou outros objetivos, e aqui o EEER tem imensas coisas em que se pode valorizar e teoricamente, esta valorização de desempenho também se poderia traduzir em valorização económica. [A avaliação do SIADAP promove a qualidade?] Teoricamente sim”.</p> <p>B: “Temos que ter um instrumento da avaliação de desempenho, todos nós temos que ter um projeto com os nossos objetivos, com um plano muito bem definido (...) cada um poder definir os seus objetivos, aliados aos objetivos da instituição e unidade”.</p> <p>C: “Importantíssimo, claro que estimula a qualidade (...) a avaliação de desempenho era estar alguém connosco, muito tempo no serviço, avaliando o nosso trabalho diariamente, logo o enfermeiro chefe nunca poderia ter dois ou três serviços para chefiar ao mesmo tempo, como agora é norma (...) Há muita questão burocrática e quem nos avalia está no gabinete... porque tem que estar, há muitas burocracias! Tinha que haver mais gente”.</p> <p>E: “Todos nós consideramos que se não houver avaliação, aquilo que foi feito também não é passível de ser corrigido e melhorado”.</p> <p>F: “a avaliação de desempenho para mim é uma forma de me rever e reavaliar, mais do que resumir para outros o que fiz. Serve para crescer, fazer um ponto de situação (...) acho extremamente importante”.</p> <p>G: “A avaliação de desempenho é um estímulo aos profissionais e um incentivo para trabalhar em determinadas áreas nas quais eles se identifiquem (...) precisamos de ter metas a atingir, para ser mais fácil desenvolver, tanto o desempenho profissional, como pessoal”.</p>

O método de avaliação de desempenho é um dos elementos da estrutura do Modelo de Donabedian (Donabedian, 2003). Os entrevistados corroboram a importância da avaliação



do seu desempenho como forma de promover a QdC (C: “Importantíssimo, claro que estimula a qualidade”), defendem a importância do sistema de avaliação permitir estabelecer objetivos pessoais (A: “qualquer profissional pode estabelecer outro ou outros objetivos, e aqui o EEER tem imensas coisas em que se pode valorizar”) e vêm na avaliação uma oportunidade de crescimento profissional (F: “a avaliação de desempenho para mim é uma forma de me rever e reavaliar, mais do que resumir para outros o que fiz. Serve para crescer, fazer um ponto de situação”; G: “precisamos de ter metas a atingir, para ser mais fácil desenvolver, tanto o desempenho profissional, como pessoal”).

## 1.2. Processo

O **processo** são as atividades que constituem os cuidados de saúde. De certa forma, pode-se considerar que a qualidade dos cuidados significa qualidade do processo de cuidar. Tem uma relação mais direta com os resultados do que a estrutura, pelo que permite identificar variações mais pequenas e mais imediatas da qualidade (Donabedian, 2003). Decorrente da análise das entrevistas foram identificadas seis categoria, dentro desta área temática, que se encontram no quadro 16.

Quadro 16 - Área Temática: Processo

Área Temática	Categoria
Processo	Avaliação Inicial
	Reabilitação
	Planeamento
	Transmissão de Informação
	Supervisão de Pares
	Educação para a Saúde

Segundo o Modelo de Donabedian o “Processo” compreende o diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e educação para a saúde (Donabedian, 2003). Embora com denominações diferentes, as categorias definidas no presente estudo, são idênticas aos itens do modelo teórico proposto, atendendo a que o diagnóstico é representado pela categoria avaliação inicial, depois temos o tratamento, reabilitação e prevenção que engloba as categorias reabilitação, planeamento, transmissão de informação e supervisão de pares e a educação para a saúde tem a mesma denominação.

## 1.2.1. Avaliação Inicial

A categoria “**Avaliação Inicial**” refere-se à recolha de dados inicial que permite inferir os diagnósticos de ER. As referências a esta categoria encontram-se no quadro 17.

Quadro 17 - Achados das entrevistas referentes a Avaliação Inicial

Categoria	Unidades de Registo
Avaliação Inicial	<p>A: “Para conseguirmos medir, temos de usar todos a mesma régua, daí ser de extrema importância criar uma avaliação inicial [de ER] institucional (...) porque daí conseguimos dados de serviço e conseguimos fazer extrapolações para os dados dos outros serviços e termos uma ideia de como funciona a reabilitação a nível institucional”.</p> <p>B: “Ao criarmos a folha de avaliação inicial, quais são as escalas que nós aconselharíamos a lá colocar?! O colégio pôs cá fora uma série de recomendações, algumas estão no nosso sistema, outras não. A ideia é, estando tudo informatizado, é a partir daí que consegues ir buscar indicadores (...) Todos os doentes deviam ter uma avaliação inicial”.</p> <p>C: “A avaliação inicial poderia até ter uma caixa só para a reabilitação e o primeiro EEER a abordar o doente preenchia esse espaço (...) o ideal era que todos os doentes tivessem uma avaliação pelo EEER”.</p> <p>D: “Era importante todos os doentes terem uma avaliação inicial de reabilitação. Não temos nenhum formulário, mas era importante”.</p> <p>F: “Eu já fiz várias folhas de avaliação inicial, mas ainda não acertei. Porquê?! Porque é um bocado de tudo... era extremamente importante haver um plano, à partida funcional para todos, para avaliação”.</p> <p>G: “Não temos um guia que nos ajude na avaliação [inicial], mas nós já acabamos por ter estruturada, mentalmente, a nossa avaliação e vamos complementando naquilo que falha no SClínico”.</p>

A primeira etapa do processo de enfermagem é a avaliação inicial. Está orientada para “recolher dados que permitem inferir os diagnósticos de enfermagem e dados que podem afetar o modo de planear e de implementar as intervenções” (Ribeiro [et al.], 2018, p.4). Ao longo das entrevistas nota-se a importância que os EEER atribuem a esta etapa do processo de enfermagem, referindo que todos os utentes de uma UCIM deveriam ter uma avaliação de ER (D: “era importante todos os doentes terem uma avaliação inicial de reabilitação”). No entanto, também referiram que ainda não existe um formulário de avaliação inicial instituído (A: “Para conseguirmos medir, temos de usar todos a mesma régua, daí ser de extrema importância criar uma avaliação inicial [de ER] institucional”) e que a conceção de uma avaliação inicial institucional é uma tarefa complexa (F: “Eu já fiz várias folhas de avaliação inicial, mas ainda não acertei. Porquê?! Porque é um bocado de tudo... era extremamente importante haver um plano, à partida funcional para todos”).

## 1.2.2. Reabilitação

A categoria “**Reabilitação**” refere-se aos focos de ER mais comuns numa UCIM. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 18.

Quadro 18 - Achados das entrevistas referentes a Reabilitação

Categoria	Unidades de Registo
Reabilitação	<p>A: “Dentro dos vários focos, fui vendo aqueles que nós [EEER] mais trabalhamos, desde a rigidez articular, o andar, o transferir-se... os autocuidados são transversais, mesmo os generalistas vão trabalhando muito isto, na altura não me foquei muito neles. Nesta primeira parte do bem-estar e autocuidado foram estes, depois temos a reabilitação funcional que acho que é onde mais intervimos, desde a espasticidade, à ventilação, equilíbrio corporal, expetorar, movimento muscular. Tenho trabalhado muito mais estes, que bem-estar e autocuidado. Acho que esta é a realidade dos cuidados intermédios”.</p> <p>A: “[Promoção da inclusão social] O internamento é curto e ainda não temos bem noção do que o doente vai precisar”.</p> <p>B: “Sinceramente, se eu fosse a escolher quatro ou cinco, seria rigidez articular, ventilação, expetorar... os autocuidados são extremamente importantes, mas numa UCIM, os doentes estão muito debilitados, numa fase muito aguda”.</p> <p>B: “A deglutição é extremamente importante avaliar, em todos os doentes na admissão”.</p> <p>E: “Na parte da ventilação nós já poderemos trabalhar estes indicadores porque realmente é um dos nossos principais problemas, nos doentes que passam de cuidados intensivos para intermédios (...) nós trabalhamos muito aquilo que são os ensinamentos dos exercícios ventilatórios. Estes indicadores podemos trabalhar melhor (...) são os grupos que nós vamos trabalhar mais numa UCIM, ventilação, a tosse e expetoração”.</p> <p>E: “Movimento muscular sim. Também é uma coisa que nós trabalhamos, mas voltamos aquela história... é o início do processo”.</p> <p>G: “Ventilação sim a tudo, é o que trabalhamos mais na UCIM. É o nosso foco mais sensível”.</p> <p>G: “A deglutição é uma área muito sensível para nós (...) toda a equipa está muito sensibilizada para a área da deglutição. É avaliada a deglutição em todos os doentes, mesmo que aparentemente não haja nenhum indicador que ele possa ter alterações”.</p>

“Após a avaliação inicial, a segunda fase do processo de enfermagem corresponde ao diagnóstico” (Ribeiro [et al.], 2018, p.5). “A identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas reais ou potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de reabilitação” (OE, 2011, p.10) é um dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

Através da análise das entrevistas, conclui-se com os enfermeiros especialistas em ER a trabalhar numa UCIM dão mais atenção aos focos de enfermagem relacionados com as

categorias de enunciados descritivos “readaptação funcional” e “reeducação funcional” (A: “a reabilitação funcional que acho que é onde mais intervimos, desde a espasticidade, à ventilação, equilíbrio corporal, expetorar, movimento muscular. Tenho trabalhado muito mais estes, que bem-estar e autocuidado. Acho que esta é a realidade dos cuidados intermédios”). O “bem-estar e autocuidado”, devido à fase aguda da doença, passam para segundo plano (B: “os autocuidados são extremamente importantes, mas numa UCIM, os doentes estão muito debilitados, numa fase muito aguda”).

### 1.2.3. Planeamento

A categoria “**Planeamento**” refere-se à definição do plano de trabalho do EEER numa UCIM. As referências encontram-se no quadro 19.

Quadro 19 - Achados das entrevistas referentes a Planeamento

Categoria	Unidades de Registo
Planeamento	<p>D: “Sou eu que defino quem são os meus doentes de reabilitação. Na passagem de turno e logo após, vejo o processo e defino eu quais são aqueles doentes que eu acho que vão beneficiar com a minha atuação”.</p> <p>E: “Faço uma avaliação sumária a todos os doentes da enfermaria e depois aqueles que são referenciados pelos colegas, ou pelos médicos de serviço, como tendo mais necessidade, e depois faço uma espécie de triagem daquilo que eu observei e o que foi referenciado, se realmente sinto que existe essa necessidade. Não tenho um processo formal de estabelecer uma prioridade para os doentes, não tenho, não existe um documento para uma avaliação formal das necessidades do doente, também não existe, portanto, baseia-se muito naquilo que é a nossa experiência, naquilo que são dados empíricos e naquilo que vamos observando e já vamos conhecendo dos doentes”.</p> <p>F: “Nós assistimos à passagem de turno e há determinados pontos que são os nossos focos de atenção e que os nossos colegas vão tocando neles, de uma maneira ou outra, e nos vão servir de guia para nós completarmos o nosso plano de trabalho. Depois da passagem de turno, vou ver os doentes e vou elaborando um plano inicialmente mental”.</p> <p>G: “Nós [EEER] assistimos às passagens de turno e avaliamos todos os doentes”.</p>

O planeamento é a terceira fase do processo de enfermagem, “após a apreciação dos dados relevantes para a conceção de cuidados, deve ser elaborado o plano de cuidados” (Ribeiro [et al.], 2018, p.6). A quarta fase do processo de enfermagem é a implementação. Segundo a OE (2011, p.5), “identificada a problemática, [o EEER] prescreve, implementa, monitoriza e avalia intervenções”. Da análise das entrevistas percebe-se que os EEER definem o seu plano de trabalho de forma autónoma (D: “sou eu que defino quem são os meus doentes de reabilitação”). De forma a determinar as situações mais prioritárias recorrem à informação da passagem de turno, à referenciação da equipa multidisciplinar e

fazem uma avaliação sumária de todos os utentes (E: “Faço uma avaliação sumária a todos os doentes da enfermaria e depois aqueles que são referenciados pelos colegas, ou pelos médicos de serviço, como tendo mais necessidade, e depois faço uma espécie de triagem daquilo que eu observei e o que foi referenciado”; F: “Nós assistimos à passagem de turno e há determinados pontos que são os nossos focos de atenção e que os nossos colegas vão tocando neles, de uma maneira ou outra).

#### 1.2.4. Transmissão de Informação

A categoria “**Transmissão de Informação**” refere-se à passagem de informação clínica, nomeadamente dos cuidados de ER, de forma a assegurar a continuidade de cuidados. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 20.

Quadro 20 - Achados das entrevistas referentes a Transmissão de Informação

Categoria	Unidades de Registo
Transmissão de Informação	<p>A: “Utilizando o SClínico temos capacidade de passar a informação. Para além disso temos as passagens de turno, que são sempre aquela transmissão mais informal”.</p> <p>B: “Se partimos do princípio que todos os serviços têm EEER, acho que deve haver sempre um contacto telefónico, ou pessoal, devemos passar a informação mais importante, mais relevante, depois tudo o resto tem que ficar registado informaticamente no nosso sistema”.</p> <p>C: “[Momento da transferência de serviço] Era muito importante contactar o EEER no serviço destino, mas não fazemos. Acho que é assim a falha mais grave (...) o colega vê o plano e fica com a noção do que fez cá em baixo e poderá dar continuidade”.</p> <p>D: “Seria importante haver comunicação entre os serviços [no momento da transferência], até porque o processo informático não diz tudo o que fizemos”.</p> <p>F: “Na transferência interna o SClínico não funciona muito bem porque não está apurado. É uma das coisas que já me dispus a colaborar para melhorar (...) Na transferência externa, como se está a registar pouco no SClínico, quando se imprime a nota de alta aparece muito pouca informação, mas é extremamente importante, porque os colegas que estão noutra hospital não conhecem o doente e é uma mais-valia receberem informação do que foi feito, como evoluiu, até para perceberem qual é o potencial que o doente tem de recuperação”.</p> <p>G: “O SClínico claramente não é suficiente para as nossas necessidades. Tentamos acrescentar tudo aquilo que achamos pertinente em notas livres”.</p>

Os entrevistados referiram a importância da transmissão da informação eficaz, como forma de garantir a continuidade dos cuidados de ER (F: “quando se imprime a nota de alta aparece muito pouca informação, mas é extremamente importante, porque os colegas que estão noutra hospital não conhecem o doente e é uma mais-valia receberem informação do que foi feito, como evoluiu, até para perceberem qual é o potencial que o doente tem de recuperação”). Expuseram também as lacunas do sistema de informático, que não está

perfeitamente adequado aos cuidados de ER (F: “o SClínico não funciona muito bem porque não está apurado. É uma das coisas que já me dispus a colaborar para melhorar”) e realçaram a importância do contacto pessoal ou telefónico, entre os EEER, no momento da transferência do utente (D: “seria importante haver comunicação entre os serviços [no momento da transferência], até porque o processo informático não diz tudo o que fizemos”).

### 1.2.5. Supervisão de Pares

A categoria “**Supervisão de Pares**”, refere-se à função orientadora que o EEER desempenha na equipa de enfermagem de uma UCIM. As referências encontram-se no quadro 21.

Quadro 21 - Achados das entrevistas referentes a Supervisão de Pares

Categoria	Unidades de Registo
Supervisão de Pares	<p>C: “[Orientações aos enfermeiros generalistas] É feito, em equipa na passagem de turno. A equipa é muito jovem, muito dinâmica, gostam de aprender uns com os outros”.</p> <p>E: “Na nossa unidade os nossos colegas estão muito sensibilizados para a reabilitação e algumas coisas mais básicas já eles vão iniciando e vão fazendo (...) e só recorrem a nós quando precisam de orientação. Mas isto é um trabalho de alguns anos e de muita proximidade entre colegas (...) nós fazemos parte, ou tentamos fazer parte da equipa e não nos pomos à parte dela, não funcionamos isoladamente”.</p> <p>E: “No contexto da passagem de turno, muitas vezes fazemos também esse reforço para o enfermeiro generalista, “eu não posso ir a esse doente, mas está a atento para a necessidade de uma aspiração mais frequente, da utilização do cough assist”, fazemos essa ponte também com os colegas”.</p> <p>F: “Dou apoio aos colegas, esclarecimento de dúvidas, no acompanhamento de algumas situações mais complicadas que exijam a nossa intervenção”.</p> <p>G: “Participamos nas passagens de turno, muitas vezes os colegas têm algumas dúvidas sobre o doente, e nós estamos cá todos os dias, acabamos por os conhecer melhor”</p> <p>G: “Vêm o enfermeiro de reabilitação como um apoio, muitas das tomadas de decisões acabam por passar um pouco por nós, a nível de intervenções autónomas passa muita coisa por nós e pedem muito a nossa colaboração”.</p>

No decurso das entrevistas foram enfatizadas as competências acrescidas do EEER e o seu papel importante na tomada de decisão dentro da equipa de enfermagem (G: “vêm o enfermeiro de reabilitação como um apoio, muitas das tomadas de decisões acabam por passar um pouco por nós, a nível de intervenções autónomas passa muita coisa por nós e pedem muito a nossa colaboração”). Esta competência está presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: - “A supervisão das atividades que concretizam as intervenções de Enfermagem de Reabilitação e que, em virtude da necessidade de continuidade de cuidados, sejam

suscetíveis de serem delegadas no enfermeiro de cuidados gerais ou outros” (OE, 2011, p.9).

### 1.2.6. Educação para a Saúde

A categoria “**Educação para a Saúde**”, refere-se ao papel educador do EEER, quer em relação ao utente, quer ao prestador de cuidados, numa UCIM. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 22.

Quadro 22 - Achados das entrevistas referentes a Educação para a Saúde

Categoria	Unidades de Registo
Educação para a Saúde	<p>A: “Devia ser uma área mais trabalhada, mas como temos pouco tempo, temos que priorizar, o que é que é mais prioritário para o doente naquela altura, recuperar funções... eu falo por mim, reconheço que faço uma abordagem ou outra, mas...”.</p> <p>A: “[O papel do prestador de cuidados, é possível trabalhar numa UCIM?] Sim, se nós tivéssemos o nosso cantinho, da parte de tarde quando temos as visitas... como qualquer um de nós sabe, quando temos que fazer algo, se temos alguém ao nosso lado é mais fácil, quanto mais não seja para dar um incentivo e nesse ponto é puxar o cuidador para assistir e para que haja desenvolvimento de competências”.</p> <p>A: “O nosso horário de visita constrange um bocadinho”.</p> <p>B: “Realmente não faz sentido falar em enfermagem, sem falar em educação para a saúde, mas educação para a saúde programada, com hora marcada, com um cuidador já escolhido, acho que não faz muito sentido na realidade da UCIM. Deve haver educação para a saúde, mas momentos mais informais. Nós temos visitas restritas, horário de visitas muito reduzido, temos doentes instáveis”.</p> <p>C: “Pode não estar registado, mas fazemos [educação para a saúde]. Para a família / prestador de cuidados... as nossas visitas são muito restritas, a abordagem às famílias é noutra âmbito, porque o doente está numa situação crítica. Agora, para o doente, quando ele colabora fazemos esses ensinios”.</p> <p>C: “[Promoção da inclusão social] Não, aqui é uma passagem para estabilizar o doente, prevenir complicações, não passa tanto por esse trabalho... é interessante, mas não nos pertence”.</p> <p>D: “[Educação para a saúde] Aqui descuramos um bocado essa parte, não sei se é pela gravidade do doente”.</p> <p>D: “O prestador de cuidados não é incluído no plano, mas era importante. Os horários de visitas são muito restritos. [Como se poderia contornar essa questão?] Era fácil, era só sugerir a um familiar vir durante a manhã, ou num período específico para que lhe fossem prestadas as informações na área da reabilitação”.</p> <p>E: “Nós temos um horário de visita que tem x horas, sabemos que é limitativo, mas tentamos sempre atender quando são postas à nossa consideração por parte dos familiares, porque têm constrangimentos em termos de emprego, ou de transportes, e nós tentamos adaptar e permitimos as visitas virem num período fora do período de visita”.</p>

	<p>F: “É primordial e temos feito, ensinamos ao doente, desde a cinesiterapia, cuidados na mobilização, transferência... a partir do momento que eu entro em contacto com o doente, eu estou a ensinar, a respirar, a tossir, a posicionar-se que é uma coisa muitas vezes descurada, que é uma mais valia para o próprio doente, que quando for para a enfermaria tem menos enfermeiros disponíveis, por isso sim, ensinamos ao doente desde o primeiro contacto (...) Relativamente ao prestador de cuidados, informação sim, importante e principalmente básica, quando o doente vai transferido a curto prazo”.</p> <p>G: “o horário de visita é muito reduzido”.</p> <p>G: “os ensinamentos são mais trabalhados na medicina. Aquilo que nós temos verificado aqui é que, ou temos um doente com um internamento muito prolongado, e que chega um ponto e a família já está mais desperta para estar connosco e ouvir alguns dos nossos ensinamentos, numa fase inicial está tudo muito focado na situação de doença e se nós falarmos em alta, “os familiares estão tão mal tão mal, como é que querem mandar para casa?!” e depois aqueles tempos de visita são tão curtos, muitas das coisas que nós dizemos eles não nos ouvem, só estão focados na situação clínica da pessoa. Claro que sempre que temos oportunidade e se achamos que é importante falar com aquela família sobre algum aspeto, nós tentamos disponibilizar para isso, mas nem sempre é fácil porque as pessoas estão muito focadas naquela situação aguda, se no dia seguinte falarmos com eles sobre o que dissemos no dia anterior, já esqueceram”.</p> <p>G: “se fizermos ensinamentos eles vêm mais cedo ou fora da hora de visita para falarmos com eles”.</p> <p>G: “Muitas vezes aquilo que nós acabamos por trabalhar mais, se calhar não de uma forma tão formal, com as famílias é mesmo a questão do comer e de beber, porque a hora da visita coincide com a hora da refeição e muitas vezes temos que fazer ensinamentos sobre a melhor forma de se alimentar”.</p>
--	---

A educação para a saúde ao utente é essencial para o capacitar “a lidar com alterações decorrentes do processo de doença ou do próprio tratamento” (Ribeiro [et al.], 2018, p.8). A educação para a saúde é sem dúvida uma função central da enfermagem em geral, e também da ER. Dotar o prestador de cuidados com conhecimentos e capacidades, “além de ser importante para a pessoa doente, contribui para uma transição personalizada e de qualidade” (Ribeiro [et al.], 2018, p.8). Apesar de ser reconhecidamente uma área importante (B: “realmente não faz sentido falar em enfermagem, sem falar em educação para a saúde”), os entrevistados referiram que a educação para a saúde não é um aspeto muito desenvolvido numa UCIM. Para tal, apontam como motivo a falta de tempo (A: “como temos pouco tempo, temos que priorizar, o que é que é mais prioritário para o doente naquela altura, recuperar funções...”) e a condição de saúde crítica do utente (D: “descuramos um bocadinho essa parte, não sei se é pela gravidade do doente”). Relativamente aos ensinamentos ao prestador de cuidados, consideram que são prejudicados pelo horário de visitas restrito (B: “Deve haver educação para a saúde, mas momentos mais informais. Nós temos visitas restritas, horário de visitas muito reduzido”) e pelo tempo curto de internamento (G: “ou temos um doente com um internamento muito prolongado, e que chega um ponto e a família já está mais desperta para estar connosco e ouvir alguns



dos nossos ensinamentos, numa fase inicial está tudo muito focado na situação de doença”). Contudo, os entrevistados referem também que alguns ensinamentos são feitos, principalmente ao utente, e em momentos mais informais (B: “Deve haver educação para a saúde, mas momentos mais informais”; F: “a partir do momento que eu entro em contacto com o doente, eu estou a ensinar, a respirar, a tossir, a posicionar-se que é uma coisa muitas vezes descurada, que é uma mais valia para o próprio doente”).

### 1.3. Resultados

Os **resultados** são as mudanças no estado de saúde do indivíduo, ou população, resultado dos cuidados de saúde. “Uma das vantagens da avaliação dos resultados, é que reflete não só o que foi feito ao utente (processo), mas também com que perícia é que foi feito” (Donabedian, 2003, p. 53). Da análise das entrevistas surgem três categorias e duas subcategorias, conforme demonstra o quadro 23.

Quadro 23 - Área Temática: Resultados

Área Temática	Categoria	Subcategoria
Resultados	Alterações no Estado de Saúde	
	Alterações no Conhecimento e Capacidade	Utente
		Cuidador
Satisfação com os Cuidados		

As categorias e subcategorias definidas corroboram o modelo teórico proposto por Donabedian, que no âmbito dos resultados inclui as mudanças nos conhecimentos e comportamentos do utente e familiares, satisfação dos utentes e familiares com os cuidados de saúde e com os seus resultados (Donabedian, 2003; Gomes, 2011).

#### 1.3.1. Alterações no Estado de Saúde

A categoria “**Alterações no Estado de Saúde**”, refere-se à avaliação das mudanças no estado de saúde do utente. As referências encontram-se no quadro 24.

Quadro 24 - Achados das entrevistas referentes a Alterações no Estado de Saúde

Categoria	Unidades de Registo
Alterações no Estado de Saúde	C: “Os resultados avaliam-se pela evolução no status. O problema é que os doentes estão aqui muito pouco tempo, dois, três dias e não dá para ver ali os ganhos rapidamente, mas alguns dar-á e então imagine está em grau elevado e passa para moderado, é um ganho. [Através de indicadores?] Tem de ser, é a única forma de fazer uma avaliação fidedigna. D: “Avaliar através da evolução no status... através de indicadores”.

	<p>E: “São os grupos que nós vamos trabalhar mais numa UCIM, ventilação, a tosse e expetoração (...) Todos os outros também são importantes, mas aquilo que é a minha perspetiva é que nós damos início ao processo, mas não vamos conseguir avaliar tudo”.</p> <p>E: “Movimento muscular sim. Também é uma coisa que nós trabalhamos, mas voltamos aquela história... é o início do processo”.</p> <p>E: “Eu não sei se vamos conseguir ter valores nestes indicadores na nossa unidade. Mais uma vez, devido ao pouco tempo que cá passam, mas sim é importante”.</p> <p>F: “Os indicadores são extremamente importantes, que estão enunciados no manual. Algumas especificidades é preciso refinar, mas isto é uma abordagem primária, está muito boa porque não tínhamos nada até aqui”.</p> <p>G: “[Taxa de resolução da ventilação comprometida] Dificilmente conseguimos, porque geralmente eles seguem o tratamento para outros serviços, nunca fica completamente resolvida a situação.”</p>
--	---

Da análise das entrevistas, conclui-se que os indicadores são a ferramenta de eleição para avaliar os resultados dos cuidados de saúde (D: “avaliar através da evolução no status... através de indicadores”). A DGS (2016, p. 124) define indicador de qualidade como: “medida quantitativa que pode ser utilizada como guia para controlar e avaliar a qualidade das atividades que afetam os resultados da prestação de cuidados de saúde”. No entanto, os entrevistados também referiram que o tempo curto de internamento representa uma limitação na utilização de indicadores de resultado, para avaliar a QdC de ER numa UCIM (E: “Eu não sei se vamos conseguir ter valores nestes indicadores na nossa unidade. Mais uma vez, devido ao pouco tempo que cá passam”). Este facto vai de encontro ao Modelo de Donabedian que sublinha que uma das limitações da avaliação dos resultados prende-se com o facto de por vezes estes só se verificarem longos períodos após a prestação de cuidados, nalguns casos, pode demorar anos até os mais remotos resultados do cuidado se verificarem, daí a importância de incluir indicadores de estrutura e de processo, e não exclusivamente de resultado (Donabedian, 2003).

### 1.3.2. Alterações no Conhecimento e Capacidade

A categoria “**Alterações no Conhecimento e Capacidade**”, refere-se à avaliação das mudanças no conhecimento e capacidade do utente e do cuidador.

A subcategoria “**Utente**”, reporta-se à avaliação das mudanças no conhecimento e capacidade do utente. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 25.

Quadro 25 - Achados das entrevistas referentes a Utente

Subcategoria	Unidades de Registo
Utente	<p>E: “Evidentemente que ensinamos (...) mas acho que em termos de indicadores aqui tem mais a haver com a estrutura, daquilo que nós disponibilizamos, porque é o início de... o resto consegue-se ver na enfermaria, se eles conseguiram captar essa informação e se conseguiram pôr a uso. Nós não temos essa perceção, porque não os temos cá tanto tempo”.</p> <p>F: “[Espasticidade] Relativamente a este potencial para melhorar conhecimento, é importante, mas não atribuíamos igual valor a estes dois que falei agora relativamente à espasticidade. Os doentes estão numa fase crítica (...) quando sai deste serviço ainda está muito aquém da sua capacidade de concentração, capacidade de informação e raciocínio, o que quer dizer que qualquer ensino sobre posicionamento, uso de qualquer dispositivo de apoio o doente não está capaz de gerir, isso é precoce aqui”.</p>

As referências relativas a esta subcategoria, vão ao encontro das limitações da utilização de indicadores de resultado numa UCIM, referidas na categoria anterior. Os tempos médios de internamento numa UCIM são curtos (E: “o resto consegue-se ver na enfermaria, se eles conseguiram captar essa informação e se conseguiram pôr a uso. Nós não temos essa perceção, porque não os temos cá tanto tempo”), aliado ao estado crítico do utente (F: “Os doentes estão numa fase crítica (...) quando sai deste serviço ainda está muito aquém da sua capacidade de concentração, capacidade de informação e raciocínio”), faz com que o processo de ensino e treino de capacidade seja iniciado na UCIM, mas é muito difícil medir os resultados nesta área.

A subcategoria “**Cuidador**”, refere-se à avaliação das mudanças no conhecimento e capacidade do prestador de cuidados. As referências encontram-se no quadro 26.

Quadro 26 - Achados das entrevistas referentes a Cuidador

Subcategoria	Unidades de Registo
Cuidador	<p>E: “Isto implica muita coisa em termos de estrutura física, número de profissionais disponíveis para acompanhar, que eu não sei se as estruturas hospitalares estão pensadas para isso neste momento (...) o tempo de visita também é muito curto, depois tudo isto embarra com aquilo que são as atividades inerentes ao próprio serviço, que são os exames programados, as terapêuticas que têm que ser cumpridas, etc. Todas as outras atividades curativas, que embarram numa primeira fase naquilo que seriam as outras atividades na tentativa de melhorar as capacidades do doente no seu trajeto de autonomia e de melhoria das suas condições de vida, que não é uma perspetiva dos cuidados intermédios. As UCIM têm uma visão muito curativa, muito preocupada com o problema agudo, não propriamente com o resto do processo do doente”.</p> <p>E: “[Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados...] É muito raro nós fazermos esse seguimento e fazermos o ensino prolongado. Alertamos para algumas coisas, sem dúvida nenhuma, mas como indicador para nós, não é uma atividade que a gente vá desenvolver por isso não vamos conseguir tirar dados daí”.</p>

	<p>F: “Como a saída da UCIM para casa não é uma situação habitual neste serviço, porque os doentes normalmente saem daqui para a enfermaria e lá é que é preparada a alta, não estamos ainda neste momento preparados. Existe alguma coisa que está começada e está a ser dada continuidade, tenho um guia começado e começou-se por várias coisas... nomeadamente uma checklist de informação que a família precisa saber, o doente também e os cuidadores formais, que ensinamentos foram efetuados, em que sessão, quantas sessões foram feitas”.</p> <p>G: “Embora na UCIM vamos trabalhando um bocadinho a preparação para a alta, mas não é tão trabalhado como depois na medicina, porque maior parte dos nossos doentes ainda vão para a medicina durante algum tempo (...) esse trabalho desenvolve-se mais nas medicinas (...) ou temos um doente com um internamento muito prolongado, e que chega um ponto e a família já está mais desperta para estar connosco e ouvir alguns dos nossos ensinamentos. Numa fase inicial, está tudo muito focado na situação de doença (...) depois aqueles tempos de visita são tão curtos, muitas das coisas que nós dizemos eles não nos ouvem, só estão focados na situação clínica da pessoa”.</p>
--	---

Como foi possível concluir anteriormente na categoria “Educação para a Saúde”, na área temática: “Processo”, os ensinamentos ao prestador de cuidados são prejudicados pelo horário de visitas restrito e pelo tempo curto de internamento. Uma vez que o ensino e treino do prestador de cuidados não é muito trabalhado numa UCIM (E: “É muito raro nós fazermos esse seguimento e fazermos o ensino prolongado. Alertamos para algumas coisas, sem dúvida nenhuma, mas como indicador para nós, não é uma atividade que a gente vá desenvolver”; G: “embora na UCIM vamos trabalhando um bocadinho a preparação para a alta, mas não é tão trabalhado como depois na medicina, porque maior parte dos nossos doentes ainda vão para a medicina durante algum tempo”), estes indicadores também não serão os mais adequados para avaliar a QdC de ER numa UCIM.

### 1.3.3. Satisfação com os Cuidados

A categoria “**Satisfação com os Cuidados**” refere-se à satisfação dos utentes e familiares com os cuidados de saúde e com os seus resultados. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 27.

Quadro 27 - Achados das entrevistas referentes a Satisfação com os Cuidados

Categoria	Unidades de Registo
Satisfação com os Cuidados	<p>A: “Uma outra perspetiva é sempre importante, podíamos fazer inquéritos de satisfação em timings estipulados”.</p> <p>B: “[Avaliar a opinião dos utentes e familiares] Sim é importante. Podemos fazer de várias formas, por vezes mais informais. Por vezes recebemos elogios, se existem reclamações no livro de reclamações é algo que temos que ver e tentar resolver, mas acho que o ideal era mesmo haver questionários, inquéritos simples a entregar ao utente, sempre que ele tem capacidade para isso, e à família no sentido de nos darem a conhecer a opinião deles”.</p>

	<p>C: “[Avaliar o índice de satisfação] Em relação ao cliente sim, com o prestador de cuidados não temos muito contacto, não acho pertinente”.</p> <p>C: “Seria importante avaliar”.</p> <p>D: “Através da satisfação do cliente e da família, acho que é uma das primeiras.</p> <p>D: “Tanto quanto sei não há nenhum formulário para darem a opinião sobre o EEER. [Era importante?] Óbvio”.</p> <p>E: “São indicadores que estão a ser trabalhados também, não pelo grupo de reabilitação. Mas o serviço tem uma consulta de follow-up e, portanto, consegue em termos de satisfação do cliente ter algum feedback”.</p> <p>F: “Existe uma consulta de follow-up neste serviço e nessa consulta de follow-up sim, têm esses resultados”.</p> <p>G: “Sempre que fazem sugestões tentamos avaliar e ponderar se as podemos concretizar no serviço”.</p>
--	--

Os modelos de qualidade têm vindo a colocar a pessoa como o centro do sistema de saúde. Para a DGS (2016, p.43), é importante “contemplar a perspetiva do cidadão para poder prestar um serviço que esteja de acordo com as suas necessidades, pedidos e expetativas”. Na análise das entrevistas, é unânime a necessidade de avaliar o nível de satisfação dos utentes (A: “uma outra perspetiva é sempre importante, podíamos fazer inquéritos de satisfação em timings estipulados”).

#### 1.4. Bilhete de Identidade dos Indicadores

A categoria “**Bilhete de Identidade dos Indicadores**” refere-se ao documento publicado pela OE, o Bilhete de Identidade dos Indicadores que integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com o propósito de “promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem [de reabilitação] e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde” (OE, 2018, p. 5).

Uma vez que o Bilhete de Identidade dos Indicadores pretende contribuir para a demonstração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER, fornecer informação sobre a prestação de cuidados especializados, apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros especialistas e garantir efetividade na sua intervenção, automaticamente assume um papel nuclear na prossecução dos objetivos deste estudo.

Da análise das entrevistas definiram-se três categorias, que se encontram no quadro 28.

Quadro 28 – Área Temática: Bilhete de Identidade dos Indicadores

Área Temática	Categoria
Bilhete de Identidade dos Indicadores	Relevância do Documento
	Sugestões de Melhoria
	Indicadores de Qualidade

#### 1.4.1. Relevância do Documento

A categoria “**Relevância do Documento**” refere-se à validade do Bilhete de Identidade dos Indicadores enquanto instrumento de avaliação da QdC de ER numa UCIM. As referências encontram-se no quadro 29.

Quadro 29 - Achados das entrevistas referentes a Relevância do Documento

Categoria	Unidades de Registo
Relevância do documento	<p>A: “Como referencial é extremamente importante. Tirando meia dúzia de sítios que já têm uma referência, uma forma e instrumento de trabalho, a maior parte dos sítios ainda têm que construir isso e este documento é um instrumento muito elucidativo do que se pretende”.</p> <p>A: “Consegue avaliar a qualidade e promove-a”.</p> <p>B: “É um documento importante. [Consegue avaliar a qualidade?] Sim”.</p> <p>C: “Já conhecia... ainda não esmiucei, mas sim, é um documento importante”.</p> <p>D: “Não conhecia”.</p> <p>D: “Tiveram muito trabalho e está muito bem elaborado”.</p> <p>E: “Sim, claro que é útil, terá que ser refinado, terá que ser trabalhado, claro que não fica parado no tempo, isso também vai depender das contribuições de todos nós, mas útil é”.</p> <p>F: “Os indicadores são extremamente importantes, que estão enunciados no manual. Algumas especificidades é preciso refinar, mas isto é uma abordagem primária, está muito boa porque não tínhamos nada até aqui”.</p> <p>G: “É um documento importante e consegue avaliar a qualidade dos cuidados”.</p>

Através da análise das entrevistas, percebe-se que, de forma unânime, os entrevistados consideram que o Bilhete de Identidade dos Indicadores consegue avaliar a QdC de ER numa UCIM. De todos os entrevistados, apenas um não conhecia este documento antes da entrevista.

#### 1.4.2. Sugestões de Melhoria

A categoria “**Sugestões de Melhoria**”, refere-se aos contributos dos entrevistados para a melhoria do Bilhete de Identidade dos Indicadores. Os achados das entrevistas encontram-se no quadro 30.

Quadro 30 - Achados das entrevistas referentes a Sugestões de Melhoria

Categoria	Unidades de Registo
Sugestões de Melhoria	F: “A ventilação, tosse, limpeza das vias aéreas devia ficar tudo junto... por acaso, a ordem de apresentação dos focos é um bocado confusa”. A; B; G: Incluir indicadores referentes ao prestador de cuidados no foco: posicionar-se.

Como sugestões de melhoria, os entrevistados sugeriram alterações na organização do documento (F: “a ventilação, tosse, limpeza das vias aéreas devia ficar tudo junto... por acaso, a ordem de apresentação dos focos é um bocado confusa”) e a inclusão de indicadores referentes ao prestador de cuidados no foco: posicionar-se, à semelhança dos indicadores presentes noutros focos, por exemplo, no foco transferir-se: “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre dispositivo auxiliar para transferir-se” (OE, 2018, p.180).

Apesar do número reduzido de sugestões de melhoria, analisando os resultados expostos nas categorias e subcategorias anteriores, é possível identificar algumas áreas que foram consideradas importantes para a QdC de ER, mas que não são consideradas no Bilhete de Identidade dos Indicadores. Assim, sugere-se a introdução de indicadores que permitam avaliar as seguintes categorias:

- Instalações – através da análise das entrevistas, concluiu-se que as instalações são um fator que contribui para a QdC de ER (uma área específica para os cuidados de ER, locais de armazenamento do material necessário, instalações que protejam a privacidade e a intimidade dos utentes e que sejam seguras);
- Espaços – o espaço da unidade do utente também foi considerado um aspeto relevante e não tem nenhum indicador associado;
- Disponibilidade dos Cuidados de ER – O Bilhete de Identidade dos Indicadores inclui, como indicador, o número de “Horas de cuidados prestados de enfermagem de reabilitação por cliente e por dia de internamento” (OE, 2018, p.331) e a “Perceção dos EEER acerca do ambiente da prática e qualidade dos CEER” (OE, 2018, p.332), que contém aspetos relacionados com a dotação de enfermeiros suficientes para a prática de cuidados de qualidade. No entanto, os entrevistados referiram especificamente (além das questões relacionadas com os rácios), a necessidade de existir um EEER no turno da manhã e da tarde, todos os dias do ano, aspeto esse que não é contemplado.
- Funções específicas de ensino, formação e investigação – relativamente à formação, o Bilhete de Identidade dos Indicadores inclui indicadores que permitem avaliar esta área, nomeadamente, “Percentagem de atividades formativas que vão ao encontro das necessidades identificadas pelos EEER no total das atividades do

plano anual de formação da unidade/serviço” (OE, 2018, p.335) e “Perceção dos EEER acerca do ambiente da prática e qualidade dos CEER” (OE, 2018, p.332), que inclui itens como “Programa de formação em serviço e formação contínua para enfermeiros”. No entanto, as áreas de ensino e investigação, referidas pelos entrevistados como promotoras da QdC de ER, não se encontram refletidas no referido documento.

### 1.4.3. Indicadores de Qualidade

A categoria “**Indicadores de Qualidade**”, refere-se aos indicadores que permitem avaliar a QdC de ER numa UCIM. Por uma questão de organização e facilidade de leitura, as referências a esta categoria encontram-se no apêndice 3.

De forma a ter uma visão mais geral sobre os indicadores de qualidade considerados mais adequados à realidade de uma UCIM, no quadro 31, agruparam-se os indicadores por foco de atenção e categoria de enunciados descritivos.

Quadro 31 - Referências face aos indicadores do Bilhete de Identidade dos Indicadores, por foco de atenção e categoria de enunciados descritivos

Foco	Categoria de enunciados descritivos	Referências
Satisfação do Cliente 1*	Satisfação do Cliente	A; B; C; D; E; F; G
Satisfação do Cliente 2*	Satisfação do Cliente	A; B; D; E; F; G
Promoção da Saúde 1*	Promoção da Saúde	-
Promoção da Saúde 2*	Promoção da Saúde	A; B; D; F; G;
Pé equino	Prevenção de Complicações	B; C; D; E; G
Rigidez Articular	Prevenção de Complicações	A; B; C; D; E; F; G
Andar	Bem-Estar e Autocuidado	A
Andar com Auxiliar de Marcha	Bem-Estar e Autocuidado	A
Autocuidado: Arranjar-se	Bem-Estar e Autocuidado	-
Autocuidado: Beber	Bem-Estar e Autocuidado	G
Autocuidado: Comer	Bem-Estar e Autocuidado	G
Autocuidado: Higiene	Bem-Estar e Autocuidado	D; F; G
Autocuidado: Ir ao Sanitário	Bem-Estar e Autocuidado	G
Autocuidado: Vestuário	Bem-Estar e Autocuidado	G
Mover-se em Cadeira de Rodas	Bem-Estar e Autocuidado	-
Pôr-se de Pé	Bem-Estar e Autocuidado	F; G
Posicionar-se	Bem-Estar e Autocuidado	A; B; C; D; E; F; G
Transferir-se	Bem-Estar e Autocuidado	A; B; C; D; E; F; G
Tecido Cicatricial	Bem-Estar e Autocuidado	-
Comunicação	Readaptação Funcional	E; G
Espasticidade	Readaptação Funcional	A; D; E; F
Ventilação	Readaptação Funcional	A; B; C; D; E; F; G
Défice Sensorial	Reeducação Funcional	C; D
Deglutição	Reeducação Funcional	B; C; D; E; F; G
Equilíbrio Corporal	Reeducação Funcional	A; B; C; F; G
Esquecimento Unilateral	Reeducação Funcional	F
Expectorar	Reeducação Funcional	A; B; C; D; E; F; G
Limpeza das Vias Aéreas	Reeducação Funcional	A; C; D; E; F;



Intolerância à Atividade	Reeducação Funcional	F; G
Movimento Muscular	Reeducação Funcional	A; B; C; D; E; F; G
Parésia na Face	Reeducação Funcional	-
Promoção da Inclusão Social 1*	Promoção da Inclusão Social	-
Promoção da Inclusão Social 2*	Promoção da Inclusão Social	-
Promoção da Inclusão Social 3*	Promoção da Inclusão Social	-
Promoção da Inclusão Social 4*	Promoção da Inclusão Social	-
Promoção da Inclusão Social 5*	Promoção da Inclusão Social	-
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 1*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; E
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 2*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; E; F
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 3*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	B; C; D; E; F; G
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 4*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; E; F; G
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 5*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; E; F; G
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 6*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; E; F; G
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 7*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; F; G
Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação 8*	Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	A; B; C; D; F; G

\* - Nome do indicador.

Analisando o quadro 31, nota-se a importância que os EEER atribuem à categoria de enunciados descritivos “*Satisfação do Cliente*” (SC), uma vez que os dois indicadores foram considerados importantes por quase todos os entrevistados (apenas um não considerou importante o indicador “*Satisfação do Cliente 2*”).

Dos dois indicadores referentes à categoria de enunciados descritivos “*Promoção da Saúde*” (PS), apenas um foi considerado importante pela maioria dos entrevistados.

Os indicadores presentes no Bilhete de Identidade dos Indicadores referentes à categoria de enunciados descritivos “*Prevenção de Complicações*” (PC), fazem parte do foco “*Pé Equino*” e “*Rigidez Articular*”, e foram ambos considerados relevantes para avaliar a QdC de ER numa UCIM.

Na categoria de enunciados descritivos “*Bem-estar e Autocuidado*” (BEA), apenas os focos “*Posicionar-se*” e “*Transferir-se*” foram considerados importantes pela maioria dos entrevistados. Este achado vai de encontro às conclusões da categoria “*Reabilitação*”, que refere que os EEER a trabalhar numa UCIM dão mais atenção aos focos de enfermagem relacionados com as categorias de enunciados descritivos “*readaptação funcional*” e “*reeducação funcional*” do que “*bem-estar e autocuidado*”, devido à fase aguda da doença.

Dos três focos de atenção relacionados com a categoria de enunciados descritivos “*Readaptação Funcional*” (RAF), dois foram considerados importantes pela maioria dos entrevistados.

Relativamente à categoria de enunciados descritivos “*Reeducação Funcional*” (REF), dos nove focos de atenção que fazem parte do Bilhete de Identidade dos Indicadores, cinco foram considerados importantes, pela maioria dos entrevistados, para avaliar a QdC de ER numa UCIM.

A “*Promoção da Inclusão Social*” (PIS) não é uma área muito trabalhada na realidade de uma UCIM, uma vez que nenhum dos indicadores foi referido pelos entrevistados.

Na categoria de enunciados descritivos “*Organização dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*” (OCR), todos os indicadores foram considerados importantes para avaliar a QdC de ER.

Analisando de forma mais específica as referências aos indicadores presentes no apêndice 3, é possível perceber que dentro do mesmo foco nem todos os indicadores são considerados igualmente relevantes para avaliar a QdC de ER numa UCIM. Nalguns casos, os entrevistados incluíram indicadores de estrutura e de processo, mas não incluíram indicadores de resultado, como por exemplo nos focos “Pé Equino” e “Espasticidade”. Este facto deve-se ao tempo médio de internamento numa UCIM ser curto, e por isso, os entrevistados considerarem que não seria expectável observar resultados. O Modelo de Donabedian refere, precisamente, que uma das limitações da avaliação dos resultados prende-se com o facto de por vezes estes só se verificarem longos períodos após a prestação de cuidados, nalguns casos, pode demorar anos até os mais remotos resultados do cuidado se verificarem (Donabedian, 2003).

Importa também referir que nenhum indicador relativo ao prestador de cuidados, foi considerado relevante pela maioria dos entrevistados, para avaliar a QdC de ER de uma UCIM. Isto corrobora os achados da subcategoria “Cuidador”, expostos anteriormente.

## 2. Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM

Um instrumento de avaliação para ser válido deve ser suficientemente abrangente que inclua todos os aspetos importantes daquilo a que se propõe avaliar, no entanto, para ser viável não pode ser tão extenso que se torne inexecutável. Assim, considera-se que se o Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM incluir todos os indicadores referidos pelos EEER entrevistados (apêndice 3), fica demasiado extenso. Além disso, cada UCIM tem as suas particularidades, por isso, quando dois entrevistados (que trabalham no mesmo local) consideram um determinado aspeto importante, isso pode refletir apenas a realidade desse serviço e não uma realidade generalizada dos cuidados de ER de uma UCIM. Logo, importa definir um número de referências a partir do qual se considera que um determinado indicador é sensível à QdC de ER numa UCIM. Definiu-se ter quatro ou mais referências, uma vez que é a partir daí que se pode afirmar que a maioria dos entrevistados (num total de sete) considerou esse indicador como sendo sensível. A lista com os indicadores que cumprem este critério constitui o Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM (apêndice 4).

Este instrumento é constituído por um total de oitenta e oito indicadores, dezassete indicadores de estrutura, trinta de processo, trinta e oito de resultado e três indicadores epidemiológicos. Tal como preconizado pelo Modelo de Donabedian, a inclusão das diferentes abordagens da qualidade (estrutura, processo e resultado) permite analisar os diferentes aspetos da QdC e combinar as vantagens de cada um, contornando as suas limitações inerentes.

Importa também referir, que o instrumento proposto inclui indicadores referentes a todas as categorias de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de ER, exceto a *Promoção da Inclusão Social*, o que vai de encontro aos achados das entrevistas realizadas (C: “[Promoção da inclusão social?] Não, aqui é uma passagem para estabilizar o doente, prevenir complicações, não passa tanto por esse trabalho... é interessante, mas não nos pertence”). Relativamente às restantes categorias de enunciados descritivos, inclui oito indicadores relativos à *Prevenção de Complicações*, dezoito indicadores sobre *Bem-Estar e Autocuidado*, catorze indicadores referentes à *Readaptação Funcional*, trinta e sete indicadores relativos à *Reeducação Funcional*, oito sobre *Organização dos Cuidados de ER*, um referente à *Promoção da Saúde*, e dois acerca da *Satisfação do Cliente*.

Henker [et al.] (2018), concluíram que quando os profissionais participam na construção de programas de melhoria contínua dos cuidados, aumentam os seus níveis de compromisso. Uma vez que os indicadores escolhidos refletem a forma como os intervenientes vêm a QdC, os profissionais podem visualizar o resultado dos seus esforços. Assim sendo, pode-

se considerar que esse será um dos pontos fortes do instrumento construído no presente estudo de investigação.

## CONCLUSÕES

Atualmente o conceito de qualidade encontra-se bastante difundido nos mais variados contextos da nossa sociedade. O movimento da qualidade teve início na área da indústria, que com o crescimento populacional, teve que evoluir de forma a dar resposta ao aumento da procura, produzindo em maior escala, produtos mais complexos, mas apostando na qualidade como fator de vantagem competitiva.

Rapidamente os conceitos e modelos da indústria começaram a ser incorporados por outras áreas, nomeadamente, da saúde. Vários autores e organizações propõe a sua definição de QdC, no entanto, devido à complexidade inerente, nenhuma definição é universalmente aceite. Pode inclusivamente afirmar-se, que o conceito de QdC é condicionado por fatores históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais (Serapioni, 2009), o que compromete à partida qualquer tentativa de definir QdC, de forma categórica, universal e intemporal.

A dificuldade de definir QdC, não impediu que se desenvolvessem esforços para conceber modelos que permitissem avaliar e promover a mesma, pois como afirma Maya Goldenberg (2012, p.256) a “qualidade dos cuidados refere-se aos atributos de um serviço de saúde que são considerados, pelos intervenientes relevantes, suficientemente importantes para serem medidos e promovidos dentro de uma organização”, ou seja, se excluirmos os elementos ambíguos e potencialmente refutáveis, fica a certeza incontestável que a QdC é um aspeto essencial e cabe aos seus intervenientes, avaliar, promover e alcançar níveis cada vez mais elevados.

A sociedade contemporânea encontra-se cada vez melhor informada e mais participativa, logo, sendo os cuidados de saúde um serviço essencial, as expectativas e a exigência aumentam, no que se refere à QdC de saúde. Espera-se que a Enfermagem, enquanto corpo de conhecimento autónomo, adote uma prática baseada na evidência, para definir estratégias e implementar ações de melhoria dos cuidados.

Relativamente a cada um dos objetivos inicialmente propostos para este estudo, pode-se concluir:

- **Descrever os atributos que condicionam a qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, nas suas diferentes dimensões.**

Além de definir modelos teóricos e conceptuais, importa operacionalizar os mesmos, de forma a ser possível avaliar a QdC de saúde e promover a melhoria contínua dos mesmos.

O Modelo de Donabedian, um dos mais utilizados no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde, é constituído por três componentes essenciais: estrutura, processo e resultados. Estes componentes não são atributos da qualidade, são apenas “tipos de informação que se pode obter para inferir se a qualidade dos cuidados é boa ou não” (Donabedian, 2003, p.47). Uma boa estrutura aumenta a possibilidade de se conseguir um bom processo, e um bom processo aumenta a possibilidade de se conseguir um bom resultado.

Concluiu-se que o Modelo de Donabedian fornece um bom suporte para estudar a QdC de ER numa UCIM, uma vez que as dimensões definidas por Donabedian têm grande relação com as categorias reveladas nas entrevistas realizadas.

No domínio da *estrutura*, existem três categorias que convergem para a QdC, os recursos materiais, os recursos humanos e a estrutura organizacional.

Os “recursos materiais” compreendem: - as instalações, onde se destaca a importância de existir uma área específica para os cuidados de ER, locais de armazenamento do material necessário aos cuidados de ER, instalações que protejam a privacidade e a intimidade dos utentes e que sejam seguras, de forma a não colocar em causa a integridade física dos utentes e profissionais; - os espaços, uma vez que os procedimentos inerentes aos cuidados de ER implicam a utilização de alguns equipamentos, o levante e transferência do utente, é necessário espaço para se trabalhar de forma segura e eficaz, considerando-se que a unidade do utente deveria ter três metros de largura; - os equipamentos, enquanto instrumentos de trabalho que auxiliam o EEER e o utente a atingir melhores resultados. Alguns dos equipamentos mais relevantes são: - elevador de transferência; - bastão; - cough assist; - andador; - pedaleira; - espirómetro; - espelho quadriculado; - saco de areia; - pesos; - faixa elástica.

A categoria “recursos humanos” refere-se aos elementos que devem constituir a equipa multidisciplinar de uma UCIM e que contribuem para a QdC de ER. Relativamente ao rácio dos EEER, considera-se que um EEER para seis utentes seria o rácio mais adequado. Concluiu-se que os enfermeiros generalistas desempenham um papel muito importante, uma vez que trabalham em equipa com os EEER e dão continuidade a esses cuidados, por isso, o rácio dos enfermeiros generalistas tem implicações na QdC de ER, sendo recomendado um enfermeiro para três utentes. Devido à crescente complexidade dos cuidados de saúde e maior especialização das diferentes áreas de conhecimento, os cuidados de ER também necessitam de contributos da equipa multidisciplinar. A equipa de uma UCIM deve incluir, ou pelo menos ter o apoio, dos seguintes profissionais: - psicólogo; - nutricionista; - fisioterapeuta; - terapeuta da fala; - assistente social; - fisiatra; - auxiliar de ação médica; - psiquiatra; - equipa de cuidados paliativos; - assistência religiosa.

A “estrutura organizacional” inclui seis subcategorias. Relativamente à “Disponibilidade dos Cuidados de ER”, conclui-se que seria importante existir um EEER no turno da manhã e da tarde, todos os dias do ano, devido à necessidade de continuidade dos cuidados de ER, à admissão de novos utentes e à necessidade de dar resposta a agudizações dos utentes já internados.

A “articulação entre equipa multidisciplinar” também é considerada um aspeto importante para QdC. O EEER tem um papel específico e indispensável dentro da equipa e exerce na sua área com autonomia, no entanto, a discussão e definição do plano de cuidados em conjunto com a equipa multidisciplinar permite a partilha de conhecimentos e capacidades, que conduzem a melhores resultados. Nesse sentido, é necessária uma boa comunicação e colaboração interprofissional. A passagem de turno surge como o momento de excelência para a discussão e partilha de conhecimento entre a equipa médica e de enfermagem.

Outro aspeto importante da estrutura organizacional, é a “integração de novos profissionais”. Frequentemente o EEER assume essa função na mesma equipa onde previamente exercia cuidados de enfermagem geral. Apesar de ser vantajoso, uma vez que já conhece o serviço, a equipa e o método de trabalho, quando um enfermeiro assume os cuidados de reabilitação, fica com funções e tarefas acrescidas, pelo que é indispensável existir um plano de integração.

Sendo a ER uma área de conhecimento autónoma, em constante evolução, é imprescindível que dentro da equipa de enfermagem existam elementos com “funções específicas de ensino, formação e investigação”, de forma a cuidar de acordo com o conhecimento mais atual.

A “supervisão” é outro aspeto que contribui para a qualidade dos cuidados, sendo de privilegiar características de liderança como capacidade para mobilizar a equipa, promoção do desenvolvimento pessoal, apoiar na tomada de decisão e estabelecer objetivos.

Por fim, ainda no que respeita à estrutura organizacional, a importância da “avaliação de desempenho” como forma de crescimento profissional e de promover a QdC.

No domínio do *processo*, distinguem-se seis categorias. A primeira, que corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem, é a “avaliação inicial”. Conclui-se que seria importante existir um modelo de avaliação inicial dos utentes, no entanto conceber um modelo abrangente é uma tarefa complexa.

O “planeamento” dos cuidados é definido de forma autónoma. Para determinar as situações mais prioritárias, o EEER recorre à informação da passagem de turno, à referenciação da equipa multidisciplinar e faz uma avaliação sumária de todos os utentes.

A “transmissão de informação” é essencial para garantir a continuidade dos cuidados de ER. Concluiu-se que o sistema informático em uso (SClínico ou Glintt) não está perfeitamente adequado aos cuidados de ER e realça-se a importância do contacto pessoal ou telefónico, entre os EEER, no momento da transferência do utente.

O EEER tem competências acrescidas dentro da equipa de enfermagem e por isso desempenha um papel importante na “supervisão de pares”, ou seja, na tomada de decisão e orientação dos enfermeiros generalistas sobre os cuidados de enfermagem.

O trabalho de “reabilitação” numa UCIM centra-se mais nos focos de enfermagem relacionados com as categorias de enunciados descritivos readaptação funcional e reeducação funcional, sendo que o bem-estar e autocuidado, devido à fase aguda da doença, passa para segundo plano.

A “educação para a saúde”, apesar de ser uma função vital da enfermagem em geral, não é muito trabalhada na realidade de uma UCIM. Relativamente ao utente, os ensinamentos são feitos em momentos mais informais, mas a falta de tempo e a condição de saúde crítica são obstáculos identificados pelos profissionais. Relativamente aos ensinamentos ao prestador de cuidados, consideram que são prejudicados pelo horário de visitas restrito e pelo tempo curto de internamento.

No domínio dos *resultados*, distinguem-se três categorias. Relativamente às “alterações no estado de saúde”, conclui-se que os indicadores são a ferramenta de eleição para avaliar os resultados dos cuidados de saúde. No entanto, importa ter em atenção algumas características específicas de uma UCIM no momento de seleccionar os indicadores, como por exemplo, o tempo curto de internamento. Este fator vai prejudicar a avaliação de alguns resultados, uma vez que estes só se verificam algum tempo depois, quando o utente se encontra noutra serviço de internamento.

A categoria “alterações no conhecimento e capacidade” apresenta duas subcategorias, uma referente ao “utente” e outra ao “cuidador”. No que respeita ao utente, os tempos médios de internamento curtos e o estado crítico do utente, que prejudica a sua capacidade de concentração e raciocínio, faz com que o processo de ensino e treino de capacidades seja iniciado na UCIM, mas é muito difícil medir os resultados nesta área. Em relação ao cuidador, os ensinamentos são prejudicados pelo horário de visitas restrito e pelo tempo curto de



internamento. Por isso, estes indicadores também não serão os mais adequados para avaliar a QdC de ER numa UCIM.

Os modelos de qualidade têm vindo a colocar a pessoa como o centro do sistema de saúde, por isso a avaliação da “satisfação com os cuidados” é um processo fundamental para prestar um serviço de acordo com as necessidades, pedidos e expectativas do cidadão (DGS, 2016).

**- Analisar a pertinência do Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, como instrumento de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação;**

A QdC de ER é um fenómeno complexo e por isso difícil de avaliar, no entanto, é essencial empreender este esforço de construir um instrumento de avaliação, de forma a detetar e corrigir as debilidades do processo de cuidados e das estruturas de suporte, fortalecer os aspetos que contribuem para os bons resultados e valorizar a ER, enquanto área de conhecimento que contribui para a melhoria dos cuidados de saúde.

O Bilhete de Identidade dos Indicadores foi publicado pela OE (2018, p. 5), com o propósito de “promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem [de reabilitação] e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde”. Teve por base as oito categorias de enunciados descritivos de qualidade definidas no Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação: - satisfação dos clientes; - promoção da saúde; - prevenção de complicações; - bem-estar e autocuidado; - readaptação funcional; - reeducação funcional; - promoção da inclusão social; - organização dos cuidados de Enfermagem. Estes enunciados visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da Enfermagem e ajudam a precisar o papel do enfermeiro de reabilitação (OE, 2011).

Concluiu-se que apesar de ser um documento recente, é amplamente conhecido pelos EEER. Todos os entrevistados consideraram que é um bom instrumento de avaliação e promoção dos cuidados de ER e pode ser aplicado à realidade das unidades de cuidados intermédios. Contudo, necessita de ser refinado, o que já seria expectável, uma vez que ainda é a primeira versão.

Como sugestão de melhoria, propõe-se alterar a organização do documento, agrupando focos de atenção que estão mais relacionados entre si, por exemplo a ventilação, o expetorar e a limpeza das vias aéreas. Sugere-se ainda a inclusão de indicadores:

- referentes ao prestador de cuidados no foco: posicionar-se;
- que tenham em consideração as instalações e o espaço da unidade do utente, como fatores que contribuem para a QdC de ER;
- que reflitam a importância de ter EEER todos os dias, no turno da manhã e da tarde;
- que valorizem as áreas de ensino e investigação, como promotoras da QdC de ER.

**- Definir os indicadores mais sensíveis da QdC de Enfermagem de Reabilitação, no contexto de uma Unidade de Cuidados Intermédios.**

Os EEER têm uma área de intervenção muito abrangente o que obriga a uma seleção criteriosa dos indicadores mais sensíveis. Os indicadores seleccionados não esgotam o trabalho desenvolvido pelos EEER numa UCIM, mas pretendem ser uma amostra muito representativa da qualidade dos seus cuidados.

Analisando os indicadores que fazem parte do Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM, conclui-se que:

- a categoria de enunciados descritivos mais representada é a “reeducação funcional”;
- a categoria de enunciados descritivos “bem-estar e autocuidado”, apesar de ser a que apresenta mais indicadores no Bilhete de Identidade dos Indicadores (total de cento e cinco), apenas foram seleccionados dezoito indicadores para este instrumento de avaliação, o que demonstra que esta não é uma área preferencial no contexto de uma UCIM;
- inclui indicadores sobre as três abordagens da qualidade (estrutura, processo, resultado), o que permite analisar os diferentes aspetos da QdC e combinar as vantagens de cada um, contornando as suas limitações inerentes;
- nalguns casos, foram seleccionados indicadores de estrutura e de processo, mas não se incluiu todos os indicadores de resultado referentes ao mesmo foco. Este facto deve-se ao tempo médio de internamento numa UCIM ser curto, e por isso, não seria expectável observar esses resultados. Contudo, sendo focos de ER importantes, importa ajuizar se estão a ser bem avaliados e devidamente aplicados, independentemente de os resultados apenas se verificarem após a transferência do utente;
- nenhum indicador relativo ao prestador de cuidados foi incluído no instrumento de avaliação, o que demonstra que este aspeto também não é muito aprofundado no contexto de uma UCIM.

**- Construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Cuidados Intermédios.**

Os objetivos específicos descritos anteriormente, nortearam o caminho que permitiu cumprir o objetivo geral deste estudo: “Construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Cuidados Intermédios”. Este instrumento pretende servir de referencial para refletir sobre os cuidados de ER no contexto de uma UCIM, permitir avaliar esses cuidados e promover a sua melhoria contínua através da análise dos resultados.

Uma vez que é o resultado da participação e da escolha dos EEER, este instrumento reflete a forma como estes percebem a QdC, o que lhes permite observar os resultados das suas intervenções, aumentando o seu compromisso com a melhoria contínua da qualidade.

Este trabalho é o resultado de um longo caminho, percorrido com muita motivação, o que permitiu ultrapassar as dificuldades sentidas, nomeadamente, a inexperiência do investigador, que deu o primeiro passo na área da investigação, a complexidade e abrangência do tema, a QdC de Enfermagem de Reabilitação enquanto fenómeno pouco estudado, o que representou uma dificuldade acrescida na pesquisa bibliográfica para a concretização deste trabalho e o processo labiríntico de pedido de autorização para realizar estudos de investigação nas unidades hospitalares, o que atrasou os prazos pré-definidos.

Por limitações de recursos e de tempo, a construção deste instrumento de avaliação da QdC de ER inclui apenas a perspetiva dos EEER, no entanto, reconhece-se a importância de incluir a perspetiva dos utentes em estudos futuros. Este trabalho não representa um fim, uma vez que fica a vontade de perseguir este caminho, através do teste e validação do instrumento construído.

Este trabalho resulta de uma revisão da literatura, efetuada no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e na base de dados B-On, utilizando os descritores: “Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde”, “Qualidade da Assistência à Saúde”, “Quality of Health Care”, “Enfermagem de Reabilitação”, “Rehabilitation Nursing”, “Supervisão em Enfermagem”, “Indicators of Health Services”.

Este estudo representou um desafio que considero ter sido bastante estimulante, permitiu aprofundar conhecimentos na área da QdC e proporcionou momentos de reflexão que certamente serão importantes na minha prática profissional. Além desta perspetiva pessoal, pretende-se implementar o instrumento elaborado para avaliar a QdC de ER da UCIM onde exerço funções, e fazer propostas de melhoria através da análise dos resultados. Além do contributo pessoal e institucional mencionados anteriormente, este

estudo pretende ser um contributo para a melhoria dos cuidados de ER e dar uma resposta possível ao desafio lançado pelo Colégio da Especialidade de ER, no preâmbulo do Bilhete de Identidade dos Indicadores: - “existirão inúmeras razões para a consulta regular deste instrumento de trabalho por estudantes, por professores e por profissionais. A descoberta da sua riqueza e das suas potencialidades é o desafio que lhes deixamos” (OE, 2018, p.5).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Edição revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.

BAUDENDISTEL, Ines [et al.] – Bridging the gap between patient needs and quality indicators: a qualitative study with chronic heart failure patients. **Patient Preference and Adherence**. [Em linha]. nº9 (2015) 1397-1405. [Consultado 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3da9h%26AN%3d110257661%26lang%3dpt-br%26site%3ded-live%26scope%3dsite>>. ISSN: 1177-889X.

BENITO, Patrícia – **Adaptação e Validação do Nursing Work Index – Revised para o idioma e contexto português**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015. Tese de mestrado.

BOMBARD, Yvonne [et al.] – Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. **Implementation Science**. [Em linha]. 13:1 (2018) 1-22. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsoj%26AN%3dedsoj.6644a0223af2487eba575854061459f7%26lang%3dpt-pt%26site%3ded-live%26scope%3dsite>>.

BUSARI, Jamiu e MOLL, Franka e DUITTS, Ashley – Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**. [Em linha]. 10 (2017) 227-234. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5472431/>>.

CARPINETTI, Luiz – **Gestão da qualidade: conceitos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2016. ISBN 978-85-970-0391-8.

DESPACHO nº 5613/2015. **DR II Série**. 102 (2015-05-27) 13550-13553.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2011. [Consultado a 01 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Acreditação em Saúde – Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2014. [Consultado a 01 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/acreditacao--brochura--modelo-de-acreditacao-do-ministerio-da-saude-pdf.aspx>>. ISBN 978-972-675-206-6.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Manual de Standards**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2016. [Consultado a 01 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual-de-acreditacao-de-unidades-de-saudegestao-clinica-ms-1-02-print-v31.aspx>>. ISBN 978-972-675-242-4.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Nota de Imprensa nº 01/2018**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2018. [Consultado a 01 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/euro-health-consumer-index-2017-pdf.aspx>>.

DONABEDIAN, Avedis – **An introduction to quality assurance in health care**. 1ª ed. New York: Oxford University Press, Inc., 2003. ISBN 978-0-19-515809-0.

DONABEDIAN, Avedis – Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**. [Em linha]. 83:4 (2005) 691-729. [Consultado 11 dez. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsjsr%26AN%3dedsjsr.30045638%26lang%3dpt-br%26site%3deds-live%26scope%3dsite>>. ISSN: 0887378X.

EMMERICH, Nathan [et al.] – Caring for Quality of care: symbolic violence and the bureaucracies of audit. **BMC Medical Ethics**. [Em linha]. 16:23 (2015) 1-12. [Consultado 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dmnh%26AN%3d25952931%26lang%3dpt-br%26site%3deds-live%26scope%3dsite>>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FREIXO, Manuel – **Metodologia Científica**. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011. ISBN 978-989-659-077-2.

GOLDENBERG, Maya – Defining “quality of care” persuasively. **Theoretical Medicine and Bioethics**. [Em linha]. nº33 (2012) 243-261. [Consultado 11 dez. 2017]. Disponível na WWW:

<URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedselc%26AN%3dedselc.2-52.0-84865127701%26lang%3dpt-br%26site%3dedlive%26scope%3dsite>>. ISSN: 13867415.

GOMES, José – **Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento: Resposta para a reabilitação**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de mestrado.

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE – **Euro Health Consumer Index 2017**. [Em linha]. [s.l.]: Health Consumer Powerhouse, 2018. [Consultado a 01 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>>. ISBN 978-91-980687-5-7.

HENKER, Hiroko [et al.] – Healthcare workers’ perceptions of an organizational quality assurance program implemented in a resource-limited setting: a qualitative study. **Health Promot Perspect**. [Em linha]. 8:3 (2018) 179-186. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://hpp.tbzmed.ac.ir/PDF/hpp-8-179.pdf?t=636753951873856470>>.

KUMAH, Emmanuel, OSEI-KESSE, Felix e ANABA, Cynthia – Understanding and Using Patient Experience Feedback to Improve Health Care Quality: Systematic Review and Framework Development. **Journal of Patient-Centered Research and Reviews**. [Em linha]. 4:1 (2017) 24-31. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://digitalrepository.aurorahealthcare.org/jpcrr/vol4/iss1/4/>>.

LEÃO, Eliseth Ribeiro [et al.] – **Qualidade em Saúde e indicadores como ferramenta de gestão**. São Paulo: Yendis Editora, 2008. ISBN 978-85-7728-082-7.

LEONARD, Kenneth e MASATU, Melkiory – Changing health care provider performance through measurement. **Social Science & Medicine**. [Em linha]. 181 (2017) 54-65. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617301958>>.

MARTINS, Maria Manuela, RIBEIRO, Olga e SILVA, João Ventura – O Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**. Porto. ISSN 2184-3023. Vol. 1, nº 1 (2018), p. 22-29.

NUCKOLS, Teryl, ESCARCE, José e ASCH, Steven – The Effects of Quality of Care on Costs: A Conceptual Framework. **The Milbank Quarterly**. [Em linha]. 91:2 (2013) 316-353. [Consultado 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dheh%26AN%3d88156393%26lang%3dpt-br%26site%3deds-live%26scope%3dsite>>. ISSN: 0887-378X.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DE SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE – Assuring the Quality of Health Care in the European Union. In SILVA, Mercedes Gomes – **Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde**. 1ª Ed. Lisboa: Monitor, 2013. ISBN 978-972-9413-88-9. p. 31-78.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consultado a 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER)**. [Em linha]. Porto: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Consultado a 29 nov. 2018]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core Indicadores por Categoria de Enunciados Descrit PQCER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core%20Indicadores%20por%20Categoria%20de%20Enunciados%20Descritivos%20PQCER.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Bilhete de Identidade dos Indicadores que integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2018. [Consultado a 01 jun. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>>. ISBN 978-989-8444-43-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**. [Em linha]. Ponta Delgada: Ordem dos Enfermeiros, 2019. [Consultado a 20 maio 2019]. Disponível na WWW: <URL: [https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot\\_3.pdf](https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf)>.

PIRES, António – **Sistemas de Gestão da Qualidade – Ambiente, Segurança, Responsabilidade Social, Indústria e Serviços**. Lisboa: Edições Sílabo, 2016. ISBN 978-972-618-864-3.



POHONTSCH, Nadine [et al.] – The professional perspective on patient involvement in the development of quality indicators: a qualitative analysis using the exemple of chronic heart failure in the German health care setting. **Patient Preference and Adherence**. [Em linha]. nº9 (2015) 151-159. [Consultado 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsgao%26AN%3dedsgcl.447881806%26lang%3dpt-br%26site%3ded-live%26scope%3dsite>>. ISSN: 1177-889X.

POLIT, Denise, BECK, Cheryl e HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3.

PORTARIA n.º 290/2012. **DR I Série**. 185 (2012-09-24) 5350-5376.

REGULAMENTO n.º 533/2014. **DR II Série**. 233 (2014-12-02) 30247-30254.

RIBEIRO, Olga [et al.] – Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [Em linha]. nº0 (2018) 1-11. [Consultado 23 jan. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edssci&AN=edssci.S1983.14472018000100436&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>>.

ROCHA, J. A. Oliveira – **Gestão da Qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos**. 2ª ed. Lisboa: Escolar Editora, 2011. ISBN 978-972-592-240-8.

ROSSANEIS, Mariana Angela [et al.] – Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Em linha]. 16:4 (2014) 769-776. [Consultado 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3drzh%26AN%3d109817862%26lang%3dpt-br%26site%3ded-live%26scope%3dsite>>. ISSN: 1518-1944.

SERAPIONI, Mauro – Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. [Em linha]. 85 (2009) 65-82. [Consultado 23 jan. 2019]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsoj%26AN%3dedsoj.6e0195d172c44e6>>

[0abe192b8dcb70efc%26lang%3dpt-pt%26site%3deds-live%26scope%3dsite>](#). ISSN 0254-1106.

SFANTOU, Danae [et al.] – Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. **Healthcare**. [Em linha]. 5:73 (2017) 1-17. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.mdpi.com/2227-9032/5/4/73>>.

SILVA, Silvia [et al.] – Meanings of quality of care: Perspectives of Portuguese health professionals and patients. **British Journal of Health Psychology**. [Em linha]. nº18 (2013) 858-873. [Consultado 29 nov. 2017]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=http%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dmnh%26AN%3d23410203%26lang%3dpt-br%26site%3deds-live%26scope%3dsite>>.

STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona R. – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 5ª ed. Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN 978-989-8075-34-5.

YERDAVLETOVA, Farida e MUKHAMBETOV, Temirkhan – Quality of Medical Services: Problems, Evaluation and Regulation. **Business: Theory & Practice**. [Em linha]. 16:3 (2015) 243–251. [Consultado 14 out. 2018]. Disponível na WWW: <URL: <http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dbth%26AN%3d111108431%26lang%3dpt-pt%26site%3deds-live%26scope%3dsite>>. ISSN 1648-0627.



**Apêndice 1: Guião da Entrevista**

## GUIÃO DA ENTREVISTA

### **1º Momento: Apresentação, legitimação e esclarecimentos ao participante na entrevista**

Miguel António Andrade Carneiro Machado, aluno do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano letivo 2018/2019, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontra-se neste momento a elaborar a dissertação com o tema “Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa UCIM – Um caminho a percorrer...”, sob a orientação da Professora Doutora Salete Soares, com o objetivo de construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermédios.

### **2º Momento: Obtenção do Consentimento para a realização e gravação da entrevista**

A realização do estudo requer a colheita de dados através de entrevistas a profissionais com a especialidade de enfermagem de reabilitação a desempenhar funções em Unidades de Cuidados Intermédios. Neste sentido solicito a sua colaboração para a realização desta entrevista e a sua gravação para análise de conteúdo, garantindo desde já a confidencialidade das informações e a destruição da mesma após a conclusão do estudo.

Para a realização da entrevista prevê-se uma duração aproximada de 1 hora, que poderá interromper sempre que o desejar.

Se pretender conhecer os resultados do estudo, estes serão facultados a pedido após a sua conclusão.

### **3º Momento: Caracterização do entrevistado**

- ✓ Idade:
- ✓ Há quantos anos exerce enfermagem:
- ✓ Há quantos anos tem a especialidade:
- ✓ Há quantos anos trabalha na área da especialidade:

### **4º Momento: Desenvolvimento das questões**

- I. Perceção da Qualidade a nível da **Estrutura**: “condições em que o cuidado é prestado” (Donabedian, 2003, p.46).

Questões Principais	Questões Complementares
<p><b>1. Recursos Materiais</b> O que representa para si <u>instalações</u> de qualidade para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação numa UCIM?</p>	<p>Quanto à qualidade das <u>instalações</u>. Quanto aos <u>espaços</u> disponíveis. Quanto à qualidade e características dos <u>equipamentos</u>. Quais os <u>equipamentos</u> (ajudas técnicas) necessários para garantir os cuidados de enfermagem de reabilitação? Que <u>outros recursos</u> materiais devem existir para assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p>
<p><b>2. Recursos Humanos</b> Que recursos humanos considera essenciais à prestação de cuidados de qualidade?</p>	<p>Em relação à <u>quantidade</u> de enfermeiros generalistas (rácio enfermeiro/cliente)? Em relação à <u>quantidade</u> de enfermeiros especialistas (reabilitação e outras especialidades) (rácio enfermeiro/cliente)? Em relação à quantidade, variedade e qualificação de <u>outros profissionais</u>:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos (fisiatra,...);</li> <li>- Fisioterapeutas;</li> <li>- Terapeuta da fala;</li> <li>- Assistente social;</li> <li>- Psicólogo;</li> <li>- Nutricionista;</li> <li>- Outros.</li> </ul>           Que <u>outros aspetos</u> considera importantes a nível de recursos humanos?</p>
<p><b>3. Estrutura Organizacional</b> Qual a importância da estrutura organizacional na qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa UCIM?</p>	<p>Quanto à <u>organização</u> das equipas. Quanto à <u>articulação</u> entre os diferentes profissionais (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, etc.). Quanto à <u>integração</u> de novos profissionais. Quanto à atribuição de <u>funções</u> de:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação;</li> <li>- Ensino;</li> <li>- Investigação.</li> </ul>           Quanto ao tipo de <u>supervisão</u>. Quanto à forma de <u>avaliação de desempenho</u>. Quanto aos <u>métodos de pagamento</u>. Que <u>outros aspetos</u> considera importantes a nível organizacional?</p>
<p>Que <u>indicadores</u> do Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação considera relevantes para a avaliação de uma UCIM, relativamente à estrutura? Considera que seria importante incluir mais algum indicador no âmbito da estrutura?</p>	

II. Perceção da Qualidade a nível do **Processo**: "as atividades que constituem os cuidados de saúde" (Donabedian, 2003, p.46).

Questões Principais	Questões Complementares
<p><b>1. Atividades</b>                      Que atividades considera relevantes serem avaliadas a nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa UCIM?</p>	<p>Quanto ao <u>diagnóstico</u>.                      Que procedimento utiliza para a <u>avaliação inicial</u> de um cliente, relativamente à enfermagem de reabilitação?                      Que <u>escalas</u> são utilizadas para fazer diagnósticos no âmbito da enfermagem de reabilitação?                      Quanto ao <u>planeamento</u>.                      Como é planeada a <u>assistência</u> dos clientes para garantir a qualidade dos cuidados?                      Como é <u>transmitida a informação</u> entre os enfermeiros de reabilitação?                      Que <u>orientações</u> são dadas aos enfermeiros generalistas para manter os cuidados de reabilitação ao longo de todo o tempo?                      Que procedimentos existem para assegurar a <u>continuidade</u> de cuidados no momento da alta / transferência?                      Quanto ao <u>tratamento/reabilitação</u>.                      Com que frequência, como diagnostica e que técnicas utiliza relativamente ao <u>foco</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pé equino;</li> <li>- Rigidez articular;</li> <li>- Andar;</li> <li>- Andar com auxiliar de marcha;</li> <li>- Autocuidado: arranjar-se;</li> <li>- Autocuidado: beber;</li> <li>- Autocuidado: comer;</li> <li>- Autocuidado: higiene;</li> <li>- Autocuidado: ir ao sanitário;</li> <li>- Autocuidado: vestuário;</li> <li>- Mover-se em cadeira de rodas;</li> <li>- Pôr-se de pé;</li> <li>- Posicionar-se;</li> <li>- Transferir-se;</li> <li>- Tecido cicatricial;</li> <li>- Comunicação;</li> <li>- Espasticidade;</li> <li>- Ventilação;</li> <li>- Défice sensorial;</li> <li>- Deglutição;</li> <li>- Equilíbrio corporal;</li> <li>- Esquecimento unilateral;</li> <li>- Expetorar;</li> <li>- Limpeza das vias aéreas;</li> <li>- Intolerância à atividade;</li> <li>- Movimento muscular;</li> <li>- Parésia na face.</li> </ul>

	<p>Considera importante incluir <u>mais algum foco</u> no Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação?</p> <p>Quanto à <u>educação</u> para a saúde.</p> <p>Que estratégias utiliza no <u>ensino</u> ao cliente e cuidadores?</p> <p>Que <u>meios auxiliares</u> tem disponíveis para ensino aos clientes e cuidadores (panfletos, etc.).</p> <p>Como é programado o ensino aos cuidadores (planeamento, escolha do cuidador, negociação do dia, etc.)?</p> <p>Como é avaliada a aprendizagem da família?</p> <p>De que forma o <u>horário de visitas</u> mais restrito prejudica os ensinamentos ao cliente e cuidadores, e que estratégias utiliza para contornar essa situação?</p> <p>Quanto à <u>prevenção</u>.</p> <p>Qual o <u>papel do enfermeiro de reabilitação</u> no âmbito da prevenção de complicações numa UCIM?</p> <p>Que focos, escalas, como trabalha no âmbito da prevenção?</p>
<p><b>2. Contribuições para os cuidados</b> Qual a abertura da UCIM para incorporar as sugestões dos clientes e familiares?</p>	<p>De que forma os clientes e cuidadores podem fazer propostas de melhoria para a UCIM?</p> <p>De que forma a equipa analisa e implementa as propostas apresentadas?</p>
<p>Que indicadores do Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação considera relevantes para a avaliação de uma UCIM, relativamente ao processo?</p> <p>Considera que seria importante incluir mais algum indicador no âmbito do processo?</p>	

III. Perceção da Qualidade a nível dos **Resultados**: "alterações (desejadas ou não) nos indivíduos ou população resultado dos cuidados de saúde" (Donabedian, 2003, p.46).

Questões Principais	Questões Complementares
<p><b>1. Alterações no estado de saúde</b></p>	<p>Que resultados devem ser avaliados relativamente a alterações no estado de saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>Como se pode medir e registar esses resultados?</p> <p>De que forma o tempo de internamento influencia a obtenção de ganhos em saúde? (Que estratégias utiliza para contornar essa situação?)</p>



<p><b>2. <u>Alterações no conhecimento e capacidade</u></b></p>	<p>Que resultados devem ser avaliados relativamente a alterações no conhecimento e capacidade, do cliente e cuidadores, decorrentes dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>Como se pode medir e registar esses resultados?</p> <p>De que forma o tempo de internamento influencia a obtenção de ganhos no conhecimento e capacidade? (Que estratégias utiliza para contornar essa situação?)</p>
<p><b>3. <u>Satisfação com os cuidados</u></b></p> <p>Qual a importância da satisfação do cliente e cuidadores com os cuidados de enfermagem de reabilitação, quanto ao atendimento e quanto aos resultados?</p>	<p>Considera importante avaliar a satisfação dos clientes e cuidadores?</p> <p>Como se pode avaliar a satisfação dos clientes e cuidadores, relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p>
<p>Que <u>indicadores</u> do Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação considera relevantes para a avaliação de uma UCIM, relativamente aos resultados? Considera que seria importante incluir mais algum indicador no âmbito dos resultados?</p>	

IV. **Instrumentos de avaliação** da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Questões Principais	Questões Complementares
<p><b>1. <u>Bilhete de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação</u></b></p>	<p>Considera que este instrumento pode fornecer informação importante e fidedigna sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>Considera este instrumento importante para a promoção da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>Considera que este instrumento consegue avaliar corretamente os cuidados de enfermagem de reabilitação, na realidade específica de uma UCIM?</p> <p>Que outros indicadores considera importante acrescentar a este instrumento?</p>
<p><b>2. <u>Outros aspetos</u></b></p>	<p>Além dos pontos abordados anteriormente, que outros aspetos considera importantes relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p>

**5º Momento: finalização da entrevista**

Quer acrescentar alguma coisa sobre a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em Unidades de Cuidados Intermédios?

Para terminar, confirma o conteúdo da entrevista e autoriza a sua utilização para o estudo?

Muito Obrigado pela sua colaboração!

**Apêndice 2: Declaração de Consentimento Informado**

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

---

Considerando as recomendações da Direção-Geral da Saúde Norma nº 015/2013

### Designação do Estudo

“Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa UCIM  
Um caminho a percorrer...”

O atual estudo insere-se no âmbito do V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, realizado por Miguel António Andrade Carneiro Machado, enfermeiro no Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, cédula profissional nº 4-E-62830, sob orientação da Professora Doutora Salete Soares. Tem como objetivo construir um instrumento de avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação de uma Unidade de Cuidados Intermediários.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento sobre a finalidade, objetivos e métodos do estudo e que o mesmo foi autorizado pela Comissão de Ética da instituição onde exerço funções. Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Foi-me solicitado a autorização para a gravação em áudio da entrevista a realizar, que terá duração aproximada de uma hora. Além disso, fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências. Permito a utilização dos dados, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e que serão destruídos após conclusão do estudo.

Assim, declaro ter lido e compreendido este documento e consinto participar no presente estudo.

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### O investigador responsável:

---

Miguel António Andrade Carneiro Machado  
(miguel.machado@chma.min-saude.pt)

**Apêndice 3: Indicadores de Qualidade**

Quadro 32 - Referências face aos indicadores de estrutura do Bilhete de Identidade dos Indicadores

Enunciado	Indicador	Referências
PC	<b>IN5: Percentagem de clientes com risco de pé equino a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através de goniómetro.</b>	B; C; D; E; G
PC	<b>IN12: Percentagem de clientes com risco de rigidez articular a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através de goniómetro.</b>	B; C; D; E; G
BEA	<b>IN36: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.</b>	G
BEA	<b>IN42: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.</b>	G
BEA	<b>IN48: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</b>	D; G
BEA	<b>IN56: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN66: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN83: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.</b>	G
BEA	<b>IN96: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para posicionar-se.</b>	A; B; C; D; E; F; G
BEA	<b>IN105: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para transferir-se.</b>	B; C; D; E; G
RAF	<b>IN124: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar de comunicação.</b>	E; G
RAF	<b>IN131: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para inibir a espasticidade.</b>	D; E; F
RAF	<b>IN132: Percentagem de clientes a quem foi utilizada escala [a definir] para avaliar a espasticidade.</b>	A; D; E; F
RAF	<b>IN144: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar de ventilação.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN159: Percentagem de clientes a quem foi avaliada a sensibilidade.</b>	C; D
REF	<b>IN161: Percentagem de clientes a quem foi utilizado dispositivo auxiliar para estimular a sensibilidade.</b>	C; D
REF	<b>IN169: Percentagem de clientes a quem foi aplicada a escala [a definir] para avaliar a capacidade de deglutição.</b>	B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN180: Percentagem de clientes nos quais foi aplicada escala [a definir] para avaliar o equilíbrio corporal.</b>	A; B; C; F; G
REF	<b>IN194: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para expectorar.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN208: Percentagem de clientes a quem foi utilizado equipamento adaptativo para o exercício.</b>	G
REF	<b>IN217: Percentagem de clientes a quem foi aplicada escala para avaliação da força muscular.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN218: Percentagem de clientes a quem foi utilizado equipamento de avaliação da força muscular (dinamómetro).</b>	B; C; D; E; F; G
OCR	<b>IN236: Percentagem de EEER que conhece o quadro de referência para o exercício profissional de Enfermagem de Reabilitação.</b>	A; B; C; D; E
OCR	<b>IN237: Taxa de conformidade do sistema de informação em enfermagem de reabilitação.</b>	A; B; C; D; E; F
OCR	<b>IN238: Percentagem de EEER no total de enfermeiros da unidade/serviço.</b>	B; C; D; E; F; G
OCR	<b>IN239: Percentagem de clientes com cuidados de enfermagem de reabilitação.</b>	A; B; C; D; E; F; G
OCR	<b>IN240: Horas de cuidados prestados de enfermagem de reabilitação por cliente e por dia de internamento (HCPER/DI).</b>	A; B; C; D; E; F; G
OCR	<b>IN241: Percepção dos EEER acerca do ambiente da prática e qualidade dos CEER.</b>	A; B; C; D; E; F; G

Quadro 33 - Referências face aos indicadores de processo do Bilhete de Identidade dos Indicadores

PS	<b>IN4: Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais.</b>	A; B; D; F; G
PC	<b>IN6: Taxa de efectividade diagnóstica do risco de pé equino.</b>	B; C; D; E; G
PC	<b>IN13: Taxa de efectividade diagnóstica do risco de rigidez articular.</b>	A; B; C; D; E; F; G
BEA	<b>IN20: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar.</b>	A
BEA	<b>IN21: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para andar.</b>	A
BEA	<b>IN26: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha.</b>	A
BEA	<b>IN37: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.</b>	G
BEA	<b>IN38: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.</b>	G
BEA	<b>IN43: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.</b>	G
BEA	<b>IN44: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.</b>	G
BEA	<b>IN49: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</b>	D; F; G
BEA	<b>IN50: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</b>	D; F; G
BEA	<b>IN57: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN58: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN59: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN67: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN68: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN69: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN70: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN84: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.</b>	F; G
BEA	<b>IN85: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.</b>	G
BEA	<b>IN86: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé.</b>	F; G
BEA	<b>IN87: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.</b>	G
BEA	<b>IN97: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se.</b>	A; B; C; D; F; G
BEA	<b>IN98: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.</b>	A; B; C; D; F; G
BEA	<b>IN99: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.</b>	A; B; C; D; F; G
BEA	<b>IN100: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se.</b>	A; B; C; D; F; G
BEA	<b>IN106: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se.</b>	A; B; C; D; F; G
BEA	<b>IN107: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se.</b>	A; B; C; D; G

BEA	IN108: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN109: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se.	A; B; C; D; G
RAF	IN125: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar de comunicação.	G
RAF	IN133: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.	A; D
RAF	IN134: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular.	A; D
RAF	IN135: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.	A; D
RAF	IN136: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	A; D
RAF	IN145: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN146: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN147: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN148: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN149: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias.	A; B; C; D; E; F; G
REF	IN162: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial.	C; D
REF	IN163: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial.	C; D
REF	IN170: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios de deglutição.	B; C; D; E; F; G
REF	IN171: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de deglutição.	B; C; D; E; F; G
REF	IN172: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de deglutição.	B; C; D; E; F; G
REF	IN173: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de deglutição.	B; C; D; E; F; G
REF	IN181: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.	A; B; C; F; G
REF	IN182: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.	A; B; C; F; G
REF	IN188: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.	F
REF	IN189: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	F
REF	IN195: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória.	A; B; C; D; E; F; G
REF	IN196: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de tosse.	A; B; C; D; E; F; G
REF	IN197: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica respiratória.	A; B; C; D; E; F; G
REF	IN198: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de tosse.	A; B; C; D; E; F; G
REF	IN209: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de conservação de energia.	F; G
REF	IN210: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre hábitos de exercício.	G
REF	IN211: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de conservação de energia.	F; G
REF	IN219: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.	A; B; C; D; F; G
REF	IN220: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.	A; B; C; D; F; G
OCR	IN242: Percentagem de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação monitorizados no total de indicadores definidos.	A; B; C; D; F; G



OCR	<b>IN243: Percentagem de actividades formativas que vão ao encontro das necessidades identificadas pelos EEER no total das actividades do plano anual de formação da unidade/serviço.</b>	A; B; C; D; F; G
-----	---	------------------

Quadro 34 - Referências face aos indicadores de resultado do Bilhete de Identidade dos Indicadores

SC	<b>IN1: Índice de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de reabilitação.</b>	A; B; C; D; E; F; G
SC	<b>IN2: Índice de satisfação dos prestadores de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos clientes.</b>	A; B; D; E; F; G
PC	<b>IN7: Taxa de efectividade na prevenção do pé equino.</b>	C; D; E; G
PC	<b>IN8: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</b>	C; E
PC	<b>IN9: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</b>	C; E
PC	<b>IN10: Taxa de incidência de pé equino.</b>	E
PC	<b>IN14: Taxa de efectividade na prevenção da rigidez articular.</b>	A; B; C; D; E; F; G
PC	<b>IN15: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</b>	A; B; C; D; E; F
PC	<b>IN16: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</b>	A; B; C; D; E
BEA	<b>IN23: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para andar.</b>	A
BEA	<b>IN24: Ganhos em capacidade para andar.</b>	A
BEA	<b>IN 39: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.</b>	G
BEA	<b>IN40: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.</b>	G
BEA	<b>IN41: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: beber.</b>	G
BEA	<b>IN45: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.</b>	G
BEA	<b>IN46: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.</b>	G
BEA	<b>IN47: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: comer.</b>	G
BEA	<b>IN52: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</b>	D; F; G
BEA	<b>IN53: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</b>	D; F; G
BEA	<b>IN54: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre adaptação do domicílio para autocuidado: higiene.</b>	D
BEA	<b>IN55: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: higiene.</b>	D
BEA	<b>IN61: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN62: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN63: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</b>	G
BEA	<b>IN71: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN72: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN73: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: vestuário.</b>	G
BEA	<b>IN74: Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para autocuidado: vestuário.</b>	G

BEA	IN88: Taxa de resolução do pôr-se de pé comprometido.	F; G
BEA	IN89: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé.	F; G
BEA	IN90: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.	G
BEA	IN91: Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para pôr-se de pé.	F; G
BEA	IN92: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para pôr-se de pé.	G
BEA	IN101: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN102: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN103: Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN104: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN111: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN112: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se.	A; B; C; D; G
BEA	IN113: Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.	A; B; C; D; F; G
BEA	IN114: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se.	A; B; C; D; G
BEA	IN116: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre dispositivo auxiliar para transferir-se.	A; D
RAF	IN126: Taxa de resolução da comunicação comprometida.	G
RAF	IN127: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar de comunicação.	G
RAF	IN128: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar de comunicação.	G
RAF	IN129: Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai sobre dispositivo auxiliar de comunicação.	G
RAF	IN137: Ganhos em melhoria da espasticidade.	A; D; F
RAF	IN138: Ganhos em conhecimento sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.	A; D
RAF	IN139: Ganhos em conhecimento sobre técnica de exercício muscular e articular.	A; D
RAF	IN140: Ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular.	A; D
RAF	IN141: Ganhos em capacidade para executar técnica de posicionamento em padrão inibitório de espasticidade.	A; D
RAF	IN151: Taxa de resolução da ventilação comprometida.	A; C; D; E; F
RAF	IN152: Ganhos em conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN153: Ganhos em conhecimento sobre técnica de posicionamento.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN154: Ganhos em conhecimento sobre técnica respiratória.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN155: Ganhos em capacidade para autocontrolo do padrão respiratório.	A; B; C; D; E; F; G
RAF	IN156: Ganhos em capacidade para usar técnicas respiratórias.	A; B; C; D; E; F; G
REF	IN164: Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas ao défice sensorial.	C; D
REF	IN165: Ganhos em capacidade para usar estratégias adaptativas ao défice sensorial.	C; D
REF	IN168: Taxa de prevalência de défice sensorial.	C
REF	IN174: Taxa de resolução da deglutição comprometida.	B; C; D; F
REF	IN175: Ganhos em conhecimento sobre exercícios de deglutição.	B; C; D; F; G
REF	IN176: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de deglutição.	B; C; D; F; G
REF	IN177: Ganhos em capacidade para executar exercícios de deglutição.	B; C; D; F; G
REF	IN178: Ganhos em capacidade para usar técnicas de deglutição.	B; C; D; F; G

REF	<b>IN183: Taxa de resolução do equilíbrio corporal comprometido.</b>	A; B; C; F
REF	<b>IN184: Ganhos em conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.</b>	A; B; C; F; G
REF	<b>IN185: Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.</b>	A; B; C; F; G
REF	<b>IN190: Taxa de resolução do esquecimento unilateral.</b>	F
REF	<b>IN191: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</b>	F
REF	<b>IN192: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</b>	F
REF	<b>IN199: Taxa de resolução do expectorar comprometido.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN200: Ganhos em melhoria para expectorar.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN201: Ganhos em conhecimento sobre técnica respiratória.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN202: Ganhos em conhecimento sobre técnica de tosse.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN203: Ganhos em capacidade para usar técnica respiratória.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN204: Ganhos em capacidade para usar técnica de tosse.</b>	A; B; C; D; E; F; G
REF	<b>IN206: Taxa de resolução da limpeza das vias aéreas comprometida.</b>	A; C; D; E; F
REF	<b>IN213: Ganhos em conhecimento sobre técnica de conservação de energia.</b>	F; G
REF	<b>IN214: Ganhos em conhecimento sobre hábitos de exercício.</b>	G
REF	<b>IN215: Ganhos em capacidade para usar técnica de conservação de energia.</b>	F; G
REF	<b>IN221: Ganhos em melhoria do movimento muscular.</b>	A; B; C; D; F; G
REF	<b>IN222: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.</b>	A; B; C; D; F; G
REF	<b>IN223: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.</b>	A; B; C; D; F; G

Quadro 35 - Referências face aos indicadores epidemiológicos do Bilhete de Identidade dos Indicadores

PC	<b>IN10: Taxa de incidência de pé equino.</b>	C; D; F
PC	<b>IN11: Taxa de prevalência de risco de pé equino.</b>	C; D; F
PC	<b>IN17: Taxa de incidência de rigidez articular.</b>	C; D
PC	<b>IN18: Taxa de prevalência de risco de rigidez articular.</b>	C; D
RAF	<b>IN143: Taxa de prevalência de espasticidade.</b>	D
RAF	<b>IN158: Taxa de prevalência de ventilação comprometida.</b>	C; D; E; F
REF	<b>IN168: Taxa de prevalência de défice sensorial.</b>	D
REF	<b>IN179: Taxa de prevalência de deglutição comprometida.</b>	C; D; F
REF	<b>IN186: Taxa de prevalência de equilíbrio corporal comprometido.</b>	C
REF	<b>IN205: Taxa de prevalência de expectorar comprometido.</b>	A; C; D; F
REF	<b>IN207: Taxa de prevalência de limpeza das vias aéreas comprometida.</b>	C; D; E; F
REF	<b>IN216: Taxa de prevalência de intolerância à actividade.</b>	F
REF	<b>IN224: Taxa de prevalência de movimento muscular diminuído.</b>	A; C; D

**Apêndice 4: Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM**

Instrumento de Avaliação da QdC de ER numa UCIM

(Machado, Miguel; Soares, Salete)

<b>Indicadores de Estrutura</b>	
Enunciado	Indicador
PC	IN5: Percentagem de clientes com risco de pé equino a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através de goniómetro.
PC	IN12: Percentagem de clientes com risco de rigidez articular a quem foi monitorizada a amplitude do movimento articular através de goniómetro.
BEA	IN96: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para posicionar-se.
BEA	IN105: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para transferir-se.
RAF	IN132: Percentagem de clientes a quem foi utilizada escala [a definir] para avaliar a espasticidade.
RAF	IN144: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar de ventilação.
REF	IN169: Percentagem de clientes a quem foi aplicada a escala [a definir] para avaliar a capacidade de deglutição.
REF	IN180: Percentagem de clientes nos quais foi aplicada escala [a definir] para avaliar o equilíbrio corporal.
REF	IN194: Percentagem de clientes a quem foi disponibilizado dispositivo auxiliar para expetorar.
REF	IN217: Percentagem de clientes a quem foi aplicada escala para avaliação da força muscular.
REF	IN218: Percentagem de clientes a quem foi utilizado equipamento de avaliação da força muscular (dinamómetro).
OCR	IN236: Percentagem de EEER que conhece o quadro de referência para o exercício profissional de Enfermagem de Reabilitação.
OCR	IN237: Taxa de conformidade do sistema de informação em enfermagem de reabilitação.
OCR	IN238: Percentagem de EEER no total de enfermeiros da unidade/serviço.
OCR	IN239: Percentagem de clientes com cuidados de enfermagem de reabilitação.
OCR	IN240: Horas de cuidados prestados de enfermagem de reabilitação por cliente e por dia de internamento (HCPER/DI).
OCR	IN241: Perceção dos EEER acerca do ambiente da prática e qualidade dos CEER.
<b>Indicadores de Processo</b>	
Enunciado	Indicador
PS	IN4: Percentagem de clientes a quem foi aplicado plano e/ou programa de reabilitação para maximizar as capacidades funcionais.
PC	IN6: Taxa de efetividade diagnóstica do risco de pé equino.
PC	IN13: Taxa de efetividade diagnóstica do risco de rigidez articular.
BEA	IN97: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se.
BEA	IN98: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.
BEA	IN99: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.
BEA	IN100: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se.
BEA	IN106: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se.
BEA	IN107: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se.
BEA	IN108: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.
BEA	IN109: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se.

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa UCIM

RAF	IN145: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório.
RAF	IN146: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de posicionamento.
RAF	IN147: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória.
RAF	IN148: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório.
RAF	IN149: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnicas respiratórias.
REF	IN170: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre exercícios de deglutição.
REF	IN171: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de deglutição.
REF	IN172: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar exercícios de deglutição.
REF	IN173: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnicas de deglutição.
REF	IN181: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.
REF	IN182: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.
REF	IN195: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica respiratória.
REF	IN196: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnica de tosse.
REF	IN197: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica respiratória.
REF	IN198: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para usar técnica de tosse.
REF	IN219: Percentagem de clientes com potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.
REF	IN220: Percentagem de clientes com potencial para melhorar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
OCR	IN242: Percentagem de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação monitorizados no total de indicadores definidos.
OCR	IN243: Percentagem de atividades formativas que vão ao encontro das necessidades identificadas pelos EEER no total das atividades do plano anual de formação da unidade/serviço.
<b>Indicadores de Resultado</b>	
Enunciado	Indicador
SC	IN1: Índice de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem de reabilitação.
SC	IN2: Índice de satisfação dos prestadores de cuidados, ou da mãe e (ou) do pai com os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados aos clientes.
PC	IN7: Taxa de efetividade na prevenção do pé equino.
PC	IN14: Taxa de efetividade na prevenção da rigidez articular.
PC	IN15: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.
PC	IN16: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
BEA	IN101: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para posicionar-se.
BEA	IN102: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para posicionar-se.
BEA	IN103: Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se.
BEA	IN104: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para posicionar-se.
BEA	IN111: Ganhos em conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se.
BEA	IN112: Ganhos em conhecimento sobre dispositivo auxiliar para transferir-se.
BEA	IN113: Ganhos em capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se.

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação numa UCIM

BEA	IN114: Ganhos em capacidade para usar dispositivo auxiliar para transferir-se.
RAF	IN151: Taxa de resolução da ventilação comprometida.
RAF	IN152: Ganhos em conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório.
RAF	IN153: Ganhos em conhecimento sobre técnica de posicionamento.
RAF	IN154: Ganhos em conhecimento sobre técnica respiratória.
RAF	IN155: Ganhos em capacidade para autocontrolo do padrão respiratório.
RAF	IN156: Ganhos em capacidade para usar técnicas respiratórias.
REF	IN174: Taxa de resolução da deglutição comprometida.
REF	IN175: Ganhos em conhecimento sobre exercícios de deglutição.
REF	IN176: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de deglutição.
REF	IN177: Ganhos em capacidade para executar exercícios de deglutição.
REF	IN178: Ganhos em capacidade para usar técnicas de deglutição.
REF	IN183: Taxa de resolução do equilíbrio corporal comprometido.
REF	IN184: Ganhos em conhecimento sobre técnica de equilíbrio corporal.
REF	IN185: Ganhos em capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal.
REF	IN199: Taxa de resolução do expetorar comprometido.
REF	IN200: Ganhos em melhoria para expetorar.
REF	IN201: Ganhos em conhecimento sobre técnica respiratória.
REF	IN202: Ganhos em conhecimento sobre técnica de tosse.
REF	IN203: Ganhos em capacidade para usar técnica respiratória.
REF	IN204: Ganhos em capacidade para usar técnica de tosse.
REF	IN206: Taxa de resolução da limpeza das vias aéreas comprometida.
REF	IN221: Ganhos em melhoria do movimento muscular.
REF	IN222: Ganhos em conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular.
REF	IN223: Ganhos em capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular.
<b>Indicadores Epidemiológicos</b>	
<b>Enunciado</b>	<b>Indicador</b>
RAF	IN158: Taxa de prevalência de ventilação comprometida.
REF	IN205: Taxa de prevalência de expetorar comprometido.
REF	IN207: Taxa de prevalência de limpeza das vias aéreas comprometida.