Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Ana Paulina Garcez Rodrigues

Qualidade de Cuidados em Equipas de Cuidados Continuados Integrados: a perceção dos Profissionais de Saúde

july 2021

Qualidade de Cuidados em Equipas de Cuidados Continuados Integrados: a perceção dos Profissionais de Saúde
Paulina Rodrigues
UMinho | 2021

Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Ana Paulina Garcez Rodrigues

Qualidade de Cuidados em Equipas de Cuidados Continuados Integrados: a perceção dos Profissionais de Saúde

Master's Dissertation in Health Care Units Management

Dissertation realized by the orientation of

Professor Doutor José Crispim

july 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho

Atribuição

CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos ao Professor Doutor José Crispim pela disponibilidade, pela paciência e pela motivação que sempre me deu para continuar, apesar das adversidades.

À minha família, porque me incentivam sempre a lançar-me em novos voos, me ajudam no caminho e são aconchego nos momentos de desânimo.

Ao meu irmão, por tudo.

Ao Gonçalo, pelo colo, pela força e pela paciência.

A todos a quem me fiz mais ausente do que gostaria e continuam à minha espera, como sempre.

A todos os colegas que me ajudaram nesta demanda.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

A qualidade em Saúde é mais que um conceito. Tornou-se essencial para a segurança do utente e representa uma grande preocupação nas Políticas de saúde. Os cuidados domiciliários em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) podem incluir cuidados médicos e de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e serviço social. Os objetivos dos cuidados de saúde domiciliários em ECCI são apoiar os indivíduos na melhoria da função e na promoção da autonomia e otimizar o estado de saúde, proporcionando cuidados de saúde em casa, evitando hospitalizações ou internamentos em Unidades de Cuidados Continuados.

Neste trabalho procurou-se explorar a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados que prestam nas ECCI. Para tal, foi realizado um estudo quantitativo, exploratório e descritivo com uma amostra de 66 profissionais que exercem funções em ECCI da região Norte de Portugal.

No final pôde concluir-se que os profissionais de saúde consideram que as ECCI têm qualidade quer em termos de estrutura, quer em termos de processo, bem como em indicadores de resultado.

Palavras-chave – Cuidados de Saúde Domiciliários; Equipas de Cuidados Continuados Integrados; Profissionais de Saúde; Qualidade

ABSTRACT

The healthcare quality evaluation is more than a concept. It has become essential to patient well-being and represents a great concern in health policies. Home health care in Teams of Integrated Continuous Care may include, medical and nursing care; physical, occupational, and speech-language therapy; and social services. The goals of home health care services are to help individuals to improve function and live with greater independence; to promote the client's optimal level of well-being; and to assist the patient to remain at home, avoiding hospitalization or admission to long-term care institutions.

In this study, we intend to explore the health care professionals' perceptions of quality of care in Teams of Integrated Continuous Care. In order to do that, a quantitative, descriptive and exploratory study was developed in a sample of 66 health care professionals in Northern Portugal.

The survey concluded that health care professionals consider that the Teams of Integrated Continuous Care (ECCI) have quality in healthcare both in structure as in process and in result indicators.

Keywords – Home Health Care; Teams of Integrated Continuous Care; Health Professionals; Quality.

Índice

1 INTRODUÇÃO 12
2 APRESENTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES 14
2.1 A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 14
2.2 As Equipas de Cuidados Continuados Integrados 16
2.3 As Unidades de Cuidados na Comunidade 17
2.4 Estratégia de qualidade na RNCCI 17
2.5 Como é avaliada a Qualidade nas ECCI? 19
3 ESTUDOS NA ÁREA DA QUALIDADE EM SAÚDE 21
3.1 Estudos sobre Qualidade em Cuidados Domiciliários 23
3.2 O Modelo teórico de Donabedian para a Qualidade em Saúde 29
3.3 Equidade/ Iniquidade em saúde 32
3.4 A COVID-19 e a sua influência na prestação de cuidados 34
3.5 COVID-19 e Equidade 39
3.6 Questão de Investigação 43
4 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO 44
4.1 Tipo de estudo 44
4.2 População e amostra 44
4.3 Recrutamento dos participantes 44
4.4 Instrumento de recolha de dados 44
4.5 Considerações éticas 64
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 65
5.1 Caracterização da Amostra 65
5.2 Perceção dos profissionais 67
5.2.1 Estrutura 67

5.2.2 Processo 74

5.2.3 Resultados..... 77

5.2.4 COVID-19 e Equidade 81

6 CONCLUSÃO..... 85

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Unidades e Equipas da RNCCI 15
Figura 2 - Estratégia de Qualidade para a RNCCI 18
Figura 3 - O modelo de Donabedian, sobre qualidade em saúde 32
Figura 4 - Instrumento de recolha de dados 63
Figura 5 - Gráfico de caixa e bigodes representando a Idade dos participantes 66
Figura 6 - Horas alocadas à ECCI por grupo profissional 67
Figura 7 - Avaliação geral da qualificação dos profissionais para exercer funções em ECCI 68
Figura 8 - Conhecimento dos participantes sobre a existência de regras e regulamentos na UCC/ECCI 69
Figura 9 - Frequência da presença de alguns indicadores de qualidade (estrutura) na UCC/ECCI 72
Figura 10 - Frequência de realização dos processos potenciadores de Qualidade 75
Figura 11 - Mudança na prática de controlo de infeção com a pandemia por SARS-CoV-2 por parte dos profissionais de saúde das ECCI 76
Figura 12 - Conhecimento sobre a existência dos indicadores de resultados da ECCI 77
Figura 13 - Perceção dos profissionais sobre a existência de equidade pré-COVID-19 81
Figura 14 - Razões para a falta de equidade antes da pandemia por COVID-19 82
Figura 15 - Perceção dos profissionais sobre a existência de equidade durante a COVID-19 82
Figura 16 - Razões para a falta de equidade durante a pandemia por COVID-19 83
Figura 17 - Qualidade da ECCI antes da pandemia por COVID-19 84
Figura 18 - Qualidade da ECCI durante a pandemia por COVID-19 85

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG - ECCI 20
Tabela 2 - Participantes no estudo por profissão e por sexo 65
Tabela 3 - Participantes no estudo de acordo com o tempo de exercício profissional 66
Tabela 4 - Qualificação dos profissionais da ECCI de acordo com a profissão 68
Tabela 5 - Classificação das regras, regulamentos, protocolos e manual de acolhimento e integração de profissionais quanto à acessibilidade, compreensão, implementação e monitorização 70
Tabela 6 - Capacidade dos profissionais para responder a situações de emergência 72
Tabela 7 - Avaliação dos indicadores de resultado do BI-CSP quanto à sua adequação 79
Tabela 8 - Profissionais que responderam "não" de acordo com a experiência profissional 81
Tabela 9 - Profissionais que responderam "não" de acordo com a experiência profissional 83

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACD – Agência de Cuidados Domiciliários

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ARS – Administração Regional de Saúde

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CoV - Coronavirus

COVID-19 – Doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-lei

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EPS – Educação para a Saúde

ERPI – Estruturas Residenciais para Idosos

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESF – Equipas de Saúde Familiar

EUA – Estados Unidos da América

FDS – Fim-de-semana

FFP2 – *Filtering* Facepiece 2

HCQuAT: Home Care Quality Assessment Tool

LAM – Linha de apoio ao médico

PCI – Prevenção e Controlo de Infeção

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARS – *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda Grave)

SATENF-ECCI – Formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados

SIDA – Síndroma da Imunodeficiência Adquirida

SABA – Solução Antissética de Base Alcoólica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSSS – Técnico Superior de Serviço Social

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

USF – Unidade de Saúde Familiar

1 INTRODUÇÃO

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, associada à reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em 2008, deram origem à criação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Apesar de constituírem uma tipologia da RNCCI, encontram-se sob a alçada dos CSP em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

A maioria das ECCI iniciaram funções entre 2009 e 2012. Por se tratarem de equipas relativamente recentes, a atividade que exercem, apesar de estar descrita na lei desde 2006, ainda é pouco conhecida pela população em geral.

De acordo com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, publicada em Diário da República (Despacho nº 5613/2015, 2015) , *"a qualidade em saúde, definida 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",* estando intimamente ligada à segurança dos cuidados. O mesmo documento realça o cidadão como protagonista, como cliente e como proprietário do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas atribui aos profissionais de saúde, independentemente do seu nível de responsabilidade, um papel primordial na melhoria da qualidade e segurança do utente, requerendo um maior envolvimento da sua parte num esforço "*de integração dos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, de forma a serem melhoradas as áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e da identificação precoce de fatores de risco."*. Requer, ainda, *"o controlo de grupos populacionais de risco e/ou sujeitos a situações de maior vulnerabilidade e o incentivo às práticas integradas de diagnóstico, tratamento e recuperação mais custo-efetivas."*

Dado o caráter recente das ECCI, se por um lado poderá não ter originado, ainda, muitos estudos que avaliem se os cuidados que os cidadãos/prestadores de cuidados recebem correspondem às suas expectativas, isto é, se eles consideram que têm qualidade; por outro, não foram encontrados estudos que fornecessem uma ideia sobre as perceções que os profissionais têm sobre a qualidade dos cuidados que prestam especificamente em ECCI.

No desempenho das minhas funções como enfermeira de Reabilitação numa ECCI, interrogo-me, por vezes, qual será a perceção por parte dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados que prestam nestas equipas e se a avaliação da qualidade dos cuidados que prestam reflete a qualidade dos mesmos.

Assim sendo, para tentar responder a esta interrogação, proponho dar início a um estudo de investigação, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais das ECCI.

O objetivo geral a que me proponho no presente estudo é: conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados que prestam aos seus utentes nas ECCI.

Como objetivos específicos saliento:

- Conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados que prestam a nível da estrutura;
- Conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados que prestam a nível de processo;
- Conhecer a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados que prestam a nível dos resultados;
- Perceber se os profissionais de saúde consideram que os indicadores de avaliação de resultados utilizados são os mais adequados;
- Identificar, junto dos profissionais de saúde, situações de iniquidade e limitações que a pandemia por COVID-19 poderá ter trazido às ECCI.

Questões-chave:

- As ECCI têm qualidade no que respeita à Estrutura?
- As ECCI têm qualidade no que respeita ao processo?
- Os indicadores de avaliação de resultados utilizados pela plataforma BI-SCP são adequados?
- A equidade no acesso aos cuidados da ECCI foi afetada pela COVID-19?
- A COVID-19 afetou a qualidade das ECCI?

O presente estudo poderá permitir, assim, abrir caminho para a melhoria da prática diária dos profissionais das ECCI, o que poderá ter um impacto positivo na melhoria da saúde da população.

2 APRESENTAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES

2.1 A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Nas últimas décadas em Portugal tem-se observado o efeito cumulativo da diminuição da natalidade e da mortalidade, originando o envelhecimento progressivo da população. O aumento da esperança de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos 40 anos tendo, porém, como consequência, o aumento do número de pessoas com doenças crónicas múltiplas e em situação de dependência.

A RNCCI, criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social surge na tentativa de satisfazer o incremento esperado da procura por pessoas com dependência funcional e/ou com patologia crónica múltipla, na sua maioria idosas, e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Procurando instituir um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, promovendo a funcionalidade e prevenindo, reduzindo e adiando incapacidades, dinamizou-se a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis dirigidas às pessoas em situações de dependência, situadas num nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares.

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada em Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipa Hospitalar e Equipas Domiciliárias.

Pode observar-se os tipos de resposta da RNCCI através da Figura 1.

Figura 1 - Unidades e Equipas da RNCCI

(Retirado de: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2009)

A referenciação dos utentes para as diversas tipologias da rede pode ser feita através das Equipas de Saúde Familiar (ESF) – Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – dos CSP, por outras Unidades da RNCCI e pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos Hospitais, utilizando um aplicativo informático específico, o *Gestcare.*

O processo de referenciação, iniciado pelas entidades supramencionadas, é enviado para avaliação pela Equipa de Coordenação Local (ECL) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) e, se o(a) utente reunir os critérios para o internamento, específicos para cada tipologia, a ECL aceita o seu ingresso e coloca-o(a) para admissão.

Segundo Paiva (2018), no *Encontro com a ciência e tecnologia em Portugal*, realizado no Centro de Congressos de Lisboa, existirão mais de 48 000 pessoas "acamadas" com critérios definidos por lei para integrar a RNCCI, representando as vagas cerca de 30% das necessidades atuais, não contando com as expectáveis decorrentes do envelhecimento da população.

De acordo com um estudo publicado por Petronilho et al. (2017), após internamento hospitalar, a maioria dos utentes dependentes, cerca de 58,6% regressou ao domicílio apenas 28,2% tinham sido referenciados para a RNCCI.

2.2 As Equipas de Cuidados Continuados Integrados

As ECCI são equipas multidisciplinares que prestam serviços domiciliários, resultantes da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, entre outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requeira internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma (Decreto-Lei 101/2006, 2006).

O critério de referenciação assenta na fragilidade e limitação funcional grave de pessoas que, reunindo condições para prestação de cuidados no domicílio, requeiram:

- Frequência de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia ou prestação de cuidados com duração superior a 1hora e 30minutos por dia, no mínimo 3 vezes por semana;
- Prestação de cuidados para além do horário normal de funcionamento da ESF, incluindo fins de semana e feriados;
- Cuidados complexos e diferenciados ao nível da reabilitação;
- Necessidade de suporte e capacitação do cuidador informal. (Portaria 174/2014, 2014).

As ECCI oferecem cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de cariz preventivo, curativo, reabilitador ou paliativo; cuidados de reabilitação; apoio psicossocial, educação para a saúde aos utentes, familiares e prestadores de cuidados; apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das atividades de vida diárias (AVD).

Na admissão do(a) utente na equipa é elaborado um plano individual de intervenção por todos os profissionais que intervêm nos cuidados e, uma vez atingidos os objetivos definidos pela equipa, o(a) utente tem alta para a ESF. Se, durante o internamento, se verificar que as necessidades em termos de saúde se alteraram e existem respostas na RNCCI mais favoráveis à otimização do seu estado de saúde, a ECCI propõe transferência do(a) utente para outra tipologia. O processo é reavaliado pela ECL e, se houver concordância na avaliação, este(a) é transferido(a) para a tipologia considerada mais adequada.

Ao contrário da maioria das restantes unidades da RNCCI, o internamento em ECCI é completamente gratuito para os utentes.

2.3 As Unidades de Cuidados na Comunidade

As ECCI, embora constituam uma das tipologias da RNCCI, diferem das demais pois são da responsabilidade dos CSP, idealmente integradas em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos ACeS.

A reforma dos CSP incluiu no D*ecreto-Lei 28/2008* (2008) a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Esse decreto-lei esta contempla a criação de diversas unidades funcionais que agrupam um ou mais centros de saúde, tendo como missão assegurar a garantia da prestação de cuidados de saúde primários à população de uma área geográfica específica. Das unidades funcionais a criar, viriam a constar as UCC que, à semelhança das restantes, assentaria numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica que iria garantir a cooperação com as restantes unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS.

"A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção" ("Decreto-Lei 28/2008," 2008).

Preconizou-se que as UCC seriam compostas por: enfermeiros, médicos, técnicos superiores de serviço social, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. Tendo em conta o DL *28/2008,* (2008) onde consta que *"À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho"*, são os profissionais suprarreferidos que constituem ou deveriam constituir as ECCI.

2.4 Estratégia de qualidade na RNCCI

A Política e Estratégia de Qualidade dos Cuidados Continuados (2009), divulgada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), inclui na sua estratégia de qualidade 3 processos-chave:

- O acesso à Rede: que inclui o circuito de referenciação de utentes;
- A prestação de cuidados continuados integrados (CCI) nas Unidades e equipas: dando especial relevo ao impacto dos cuidados e serviços na qualidade de vida dos utentes e familiares/cuidadores informais;
- Consolidação da Rede: a nível do planeamento, gestão e avaliação/ monitorização de recursos, competências e processos.

Figura 2 - Estratégia de Qualidade para a RNCCI

(Fonte: Política e Estratégia de Qualidade dos Cuidados Continuados. 2009)

Estes três processos, formam um ciclo, dinamizado pelos diversos intervenientes da RNNCI, que predispõem à qualidade.

No mesmo documento, a UMCCI estabelece várias dimensões favorecedoras da qualidade na RNCCI: estratégica, técnica, estrutural e cultural que, apesar de distinguíveis, podem interligar-se na execução e na determinação de resultados.

A dimensão estratégica inclui a disseminação da filosofia e do modelo de cuidados da RNCCI junto dos vários parceiros e diversas instâncias da Rede; o desenvolvimento progressivo da Rede (por exemplo através de experiências-piloto); e a definição e aplicação de ferramentas, inicialmente experimentais, para a monitorização da Rede, mas agora já há muito implementadas como o já referido *Gestcare*.

A dimensão técnica implica o favorecimento da constituição de unidades prestadoras de referência; o desenvolvimento de uma dinâmica de planeamento participativo; e um investimento na formação contínua a nível da coordenação, da referenciação e da prestação de cuidados a todos os profissionais que dinamizam a Rede.

A dimensão estrutural assenta na coordenação estruturada de todas as entidades da RNCCI: A entidade Coordenadora Nacional, as Equipas de Coordenação Regional (ECR), as ECL e as restantes Unidades prestadoras de cuidados.

Por último, a dimensão cultural com várias ideias-chave:

- A centralidade no utente, servindo sempre o superior interesse da pessoa ao longo de todo o processo da prestação de cuidados. A obrigatoriedade de um Consentimento Informado do próprio ou do Prestador de Cuidados, prévio à admissão na Unidade ou Equipa, a participação do utente/prestador de cuidados na elaboração do Plano Individual de Intervenção Interdisciplinar;
- O trabalho em equipa e as articulações intra e extra RNCCI;
- A importância do registo: por um lado, sem registos dos cuidados não existe prova de que os mesmos foram prestados, logo, é como se não tivessem acontecido e, por outro, não existe oportunidade de deteção de erros, de monitorização e avaliação do desempenho e, consequentemente, não se dá lugar à melhoria na prestação de cuidados.
- A abordagem educativa e orientada para a melhoria contínua através do acompanhamento técnico às Unidades e Equipas pela ECL, promovendo auditorias, utilizando métodos e ferramentas que identifiquem desajustes ou incumprimentos. A partir dos resultados da avaliação, são sugeridas ou acordadas entre ambas as partes metas de melhoria exequíveis para as Unidades e/ou Equipas prestadoras de cuidados.

2.5 Como é avaliada a Qualidade nas ECCI?

A qualidade nas ECCI é avaliada por duas entidades distintas: a RNCCI e a ACSS, através da plataforma BI-CSP.

Conforme referido na dimensão cultural do ponto anterior, a RNCCI, através da ECL, promove auditorias trimestrais às Unidades e Equipas onde aplica uma grelha de avaliação com vários grupos temáticos divididos em itens. A informação é recolhida através do aplicativo *Gestcare*, através de consulta de processos de utentes e auscultação dos profissionais. As Unidades/Equipas não têm acesso à avaliação umas das outras, não existindo, portanto, a possibilidade de fazer *Benchmarking* entre as Unidades/Equipas da RNCCI.

A ACSS tem uma abordagem mais dirigida para os resultados. Recorre ao aplicativo *SClínico,* recolhendo dados de indicadores pré-definidos. Todos os indicadores, antes de poderem ser calculados, têm um bilhete de identidade publicado e disponível na plataforma BI-CSP (ACSS, 2019).

No bilhete de identidade de cada indicador encontra-se descrito o que o indicador mede; as regras de cálculo do numerador e denominador; as particularidades do que se regista e de como se mede; a tipologia do indicador (estrutura, processo, resultados e ganhos em saúde); a dimensão; o resultado esperado e a variação aceitável; o referencial; e o estado: ativo, descontinuado ou em desenvolvimento (ACSS, 2019).

Os indicadores são utilizados em processos de contratualização. De acordo com a avaliação ponderada dos diversos indicadores é atribuído a cada Unidade um valor de Índice de Desempenho Global (IDG). O IDG permite fazer a comparação entre UCC/ECCI a nível nacional.

O IDG não reflete o desempenho da ECCI por si só, mas de toda a UCC. No entanto, existem indicadores, cujo resultado advém diretamente do trabalho realizado pelas ECCI ou são em grande medida influenciados por este. São eles:

Tabela 1 - Indicadores associados às dimensões da matriz multidimensional com impacto no cálculo do IDG - ECCI

Subárea	Dimensão	Indicador
Acesso	Cobertura ou utilização	292: Taxa de ocupação da ECCI
	Distribuição da Atividade	281: Número médio visitas domiciliárias por utente, por mês
		279: Proporção visitas domiciliárias de enfermagem ao fim-de-semana e feriado
	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	280: Proporção utentes com avaliação pela equipa multidisciplinar nas primeiras 48h
Gestão da Doença	Reabilitação	387: Proporção de utentes com melhorias funcionais
	Saúde Mental	376: Proporção de utentes com ganho gestão stress prestador de cuidados
	Abordagem Paliativa	367: Proporção utentes com ganhos no controlo da dor
		388: Proporção utentes com melhoria no controlo de sintomas
	Doença Crónica	329: Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do regime terapêutico
	ECCI	284: Proporção de utentes com alta ECCI com objetivos atingidos
		285: Taxa de efetividade na prevenção de úlceras pressão

Subárea	Dimensão	Indicador
		377: Proporção úlceras pressão melhoradas
		287: Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI
		290: Proporção de utentes com melhoria "dependência no autocuidado."
		291: Proporção de utentes integrados ECCI com internamento hospitalar
		289: Proporção utentes com ganhos no controlo da dor
		293: Tempo médio de permanência em ECCI

3 ESTUDOS NA ÁREA DA QUALIDADE EM SAÚDE

Conforme descrito no Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015), a melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde, deve constituir não só um imperativo moral, uma vez que contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que estes cuidados são prestados, mas também uma resposta pragmática à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde, mais particularmente do SNS, uma vez que contribui para a melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde.

Os Serviços de Saúde de Qualidade resultam do trabalho conjunto entre todos os seus *stakeholders*: governo, sistemas de saúde, cidadãos, pacientes e profissionais de saúde (OMS, 2020c).

Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e obter os resultados desejados, torna-se necessário, assim, obter a perspetiva de utentes, famílias e profissionais de saúde.

De acordo com (Fadel & Filho, 2009), a perceção da qualidade baseia-se em critérios de caráter objetivo e subjetivo. Conhecer a perceção tanto dos clientes internos (profissionais de saúde) como dos externos (utentes ou cuidadores informais), a respeito da qualidade do serviço público pode conduzir a alterações estratégicas por parte da gestão, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados e atender às expectativas dos utentes.

Na pesquisa bibliográfica realizada, foram encontrados alguns estudos na área da qualidade em saúde que procuraram saber tanto a satisfação dos utentes como a perceção dos profissionais de saúde relativamente à qualidade dos cuidados que prestam e quais os fatores mais importantes

na definição dessa qualidade. No entanto, muito poucos foram os encontrados em contexto de cuidados domiciliários.

Em 2009, Fadel & Filho investigaram a perceção de qualidade pelos cirurgiões-dentistas que trabalham na Prefeitura Municipal de Florianópolis e pelos clientes que utilizam esses serviços. Concluiu-se que a perceção de utentes e profissionais sobre o que consideravam um serviço de qualidade eram semelhantes, embora os clientes valorizassem mais os fatores de qualidade interpessoal, enquanto os profissionais privilegiavam aspetos de qualidade técnica.

No estudo de Da Silva, et al (2015), onde foi avaliada a perceção dos utilizadores e profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados prestados a utentes com SIDA, os resultados foram discrepantes: a perceção dos profissionais de saúde era satisfatória para eles, ao contrário da perceção dos utentes, que revelaram insatisfação.

Numa análise conduzida por Wei et al., (2019), onde se procurou perceber a perceção de qualidade de cuidados para os profissionais de saúde e para os pais cujos filhos foram submetidos a cirurgias de correção de cardiopatias congénitas, concluiu-se que para todos a relação de confiança constituía o pilar da prática de cuidados de qualidade e a colaboração interprofissional um fator crucial no sucesso do tratamento.

Odunaiya et al., (2019), numa investigação realizada a profissionais que cuidavam de utentes com doença cardíaca na Nigéria, a qualidade foi avaliada como deficitária devido a fatores como a rara aplicação de *guidelines,* poucas oportunidades de aprendizagem e os parcos recursos disponíveis.

Num estudo realizado em Portugal por Gomes et al., (2020), que tinha em conta a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório, a avaliação foi alta na dimensão processos, média na dimensão estrutura e baixa na dimensão resultados.

Em 2021, Simsekler et al., num estudo realizado num hospital em ABU Dhabi, concluiu-se que a idade; o tempo despendido na admissão; e a atenção prestada e o conhecimento profissional em relação às queixas do utente eram os atributos mais considerados na avaliação da qualidade pelos próprios.

Em contexto de CSP, ainda em 2021, Kijima et al., num estudo realizado com o objetivo principal de explorar associações entre os diversos elementos dos CSP, satisfação do utente e lealdade, concluiu-se que a continuidade de cuidados, o primeiro contacto (ou o acesso regular) e os

cuidados centrados na família estavam positivamente relacionados com a satisfação e com a lealdade do paciente e com o consequente aumento da probabilidade de voltar a recorrer aos serviços do prestador de saúde em questão.

3.1 Estudos sobre Qualidade em Cuidados Domiciliários

Dado o seu cariz recente, ainda não foram ainda publicados muitos estudos sobre a avaliação da qualidade nas ECCI.

Vilela, em 2016, realizou uma investigação onde procurou avaliar a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas ECCI. Para tal alicerçou-se em dois estudos: o primeiro de tipo metodológico, orientado para a construção e validação do Formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, o SATENF – ECCI, um instrumento de avaliação da satisfação dos clientes das ECCI cuja validade e fiabilidade, após verificadas, conduziram ao segundo estudo onde se procurou descrever e explorar a satisfação dos clientes com os cuidados, bem como analisar a sua associação com ganhos em saúde nos termos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.

O formulário tem em conta seis dimensões: Acesso aos Cuidados; Envolvimento e Participação dos Clientes, Cuidados de Enfermagem esperados na ECCI; Competências do Enfermeiro; Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento; e Continuidade dos Cuidados. O estudo permitiu perceber que a satisfação dos clientes era elevada, sendo que os melhores resultados se verificaram nas dimensões "Competência dos Enfermeiros", "Organização dos Cuidados e Intensidade do Acompanhamento" e "Acesso aos Cuidados de Enfermagem". As dimensões com *scores* de satisfação menos elevados foram as de "Cuidados de Enfermagem Prestados", "Envolvimento e Participação dos Clientes" e "Continuidade dos Cuidados de Enfermagem". Não se verificou, no entanto, correlação entre os níveis de satisfação dos clientes e os ganhos em saúde, o que levou a concluir que a satisfação dos clientes e/ou prestadores de cuidados ainda está pouco dependente dos resultados em saúde.

Em contexto domiciliário, Haex et al. (2020), num estudo de cariz qualitativo, efetuado em duas instituições públicas de prestação de cuidados domiciliários holandesas, procurou explorar e

perceber as perspetivas dos utentes (denominados clientes) e dos cuidadores formais (enfermeiros) e informais no que respeita à qualidade da prestação de cuidados domiciliários a idosos.

Foram utilizadas na investigação entrevistas semiestruturadas, tendo por base o INDEXQUAL para recolha de informação e análise de resultados. O INDEXQUAL é um modelo concetual que apresenta os fatores que influenciam a experiência de qualidade por parte dos utentes que necessitam de cuidados de longa duração (Sion et al., 2018). São eles: necessidades pessoais; "word-of-mouth"; experiências passadas; expectativas; atributos interpessoais, experiência presente; e contexto.

No que respeita às necessidades pessoais, os participantes foram questionados sobre os tipos de necessidades pessoais e a forma como se lidava com as mesmas. Relativamente ao tipo de necessidades, os clientes mencionaram os cuidados propriamente ditos, como por exemplo, os cuidados de higiene; as necessidades emocionais e as necessidades sociais. No que concerne à forma como se lida com as necessidades pessoais, os participantes mencionaram frequentemente a forma como comunicavam as necessidades pessoais, por exemplo, a descoberta das necessidades de cada utente pelos cuidadores formais. A descrição do processo de cuidados e as atividades para satisfazer as necessidades dos clientes também foram mencionadas. Os cuidadores formais focaram-se na forma como poderiam detetar as necessidades dos clientes, sendo que, muitas vezes, se apercebiam de que as necessidades dos mesmos não eram satisfeitas, aliás, parecia existir, por vezes, um conflito entre o padrão de cuidados a serem prestados pelos cuidadores formais, em contraposição com o padrão de cuidados esperado pelos clientes, como por exemplo, cortar as unhas. Existia, por vezes, um conflito entre o que os cuidadores formais pensavam ser melhor para o cliente em contraste com o que o mesmo desejava em termos de cuidados.

Relativamente ao segundo fator, o “boca-a-boca”, alguns clientes compararam os cuidados recebidos por eles com os recebidos por outros na mesma situação através de informação obtida por familiares e vizinhos. Os participantes mencionavam esse aspeto quando os cuidados eram percecionados como diferentes comparando com as informações recebidas, por exemplo, mostravam-se menos satisfeitos quando os cuidadores formais diferentes eram em maior número que o dos seus “pares”.

As experiências passadas foram descritas tanto pelos clientes como pelos cuidadores. A comparação por parte dos clientes e cuidadores informais advinha maioritariamente de mudanças de morada ou de organização prestadora. Na generalidade, a qualidade dos cuidados era percebida como semelhante pelos clientes, com exceção relativa aos cuidados recebidos em contexto domiciliário em comparação com o contexto hospitalar, que foi classificado por um cliente como insatisfatório. Relativamente aos profissionais, a experiência prévia também poderia influenciar o seu desempenho. Uma enfermeira afirmou que procurava motivar os clientes para o autocuidado, uma vez que tinha trabalhado numa equipa que valorizava imenso a promoção da autonomia.

Relativamente às expectativas, a maioria esperava uma continuidade de cuidados baseada na experiência passada. No entanto, tanto clientes como cuidadores informais, afirmaram que conhecer os seus cuidadores formais ajudava a criar expectativas mais realistas. A informação obtida através de processos dos clientes e dos colegas, ajudava os cuidadores formais a gerir expectativas. No entanto, houve profissionais que afirmaram preferir obter apenas a informação clínica para obter uma perspetiva menos condicionada e mais abrangente.

Relativamente aos atributos interpessoais, foi dada a mesma importância tanto à relação profissional como à relação pessoal, sendo que a segunda seria tanto melhor quanto melhor fosse a primeira e vice-versa. Alguns cuidadores informais indicaram que, quanto mais complicada fosse a condição médica, mais fácil era estabelecer uma relação pessoal com o cliente. Um cuidador formal refletiu sobre a importância de ser gostado e no estabelecimento de uma relação de confiança. Descobrir pontos em comum foi tido como fundamental para estabelecer uma boa relação interpessoal.

Para o fator experiência presente, muitos clientes e cuidadores informais valorizavam um número pequeno de cuidadores formais; que a prestação de cuidados fosse na altura do dia mais adequada para eles; e que tivesse em conta as necessidades e preferências de cada pessoa. Para os cuidadores formais, era importante uma comunicação aberta com clientes e cuidadores informais, opinião essa partilhada por todos.

Por último, no que respeita ao contexto, a maioria dos cuidadores formais dava grande importância à sua autonomia enquanto profissional e mostrava descontentamento quando a mesma se perdia.

Também não ficavam agradados com equipas demasiado jovens, que implicavam maior pressão no trabalho e menos qualidade.

Ainda em 2020, Ruotsalainen et al., publicaram um estudo de génese qualitativa e quantitativa onde utilizaram entrevistas semiestruturadas e um inquérito a enfermeiros para poderem identificar os fatores relacionados com a satisfação dos profissionais de prestação de cuidados domiciliários, os agentes indutores de stress, as angústias e a qualidade de cuidados percecionada. A recolha de dados teve origem em duas instituições públicas prestadoras de saúde e apoio social finlandesas.

Na investigação quantitativa, relativamente à qualidade percecionada de cuidados, o inquérito incluiu 7 variáveis: a competência profissional; o modo como os clientes eram tratados; a amabilidade; a capacidade para corresponder às necessidades dos clientes; a capacidade de ter em conta a autodeterminação dos clientes; o conhecimento de questões relacionadas com os clientes; e a capacidade de incluir os cuidadores informais. A nível qualitativo, os temas das entrevistas selecionados para o estudo incluíram a satisfação profissional; a gestão e liderança; a satisfação do cliente; o trabalho em equipa; e a confiança.

No estudo realizado, pôde perceber-se que os problemas identificados eram relacionados com os processos e a organização do trabalho, mais do que o trabalho propriamente dito. O trabalho em equipa surgiu como preditor da qualidade dos cuidados, bem como a gestão participativa, o estabelecimento de objetivos comuns e a implementação das ideias dos profissionais. Encontrou-se evidência de relação entre o ambiente de trabalho e a eficácia da equipa. A deterioração da colaboração interprofissional terá levado a um decréscimo na qualidade dos cuidados. Apesar de alguns estudos apontarem o stress como fator importante na determinação da qualidade de cuidados, e tendo em conta que o estudo indicou a prática de cuidados domiciliários como stressante, não se obteve relação significativa nesta investigação entre estas duas variáveis.

Num estudo de caso de Johannessen et al., (2020), onde se procurava explorar os desafios da qualidade e segurança em duas instituições de internamento para cuidados de saúde de longa duração e duas de cuidados de saúde domiciliários norueguesas, participaram gestores, profissionais de saúde e cuidadores menos especializados, numa abordagem tanto em grupo como individual. Os dados das instituições prestadoras de cuidados domiciliários foram recolhidos através de entrevistas em grupo. Foi realizada a análise de conteúdo guiada pelo enquadramento

conceptual "Organizando para a Qualidade", focando-se no trabalho necessário para corresponder aos desafios de segurança e obter serviços de qualidade.

Na análise de resultados foram estabelecidas duas categorias: a primeira é relativa à estrutura, à coordenação, à política organizacional e às exigências externas, sendo todas referentes a desafios contínuos, processos de mudança, coordenação e ao facto de nem sempre existir interação entre os sistemas de gestão da qualidade. A segunda categoria: cultura, competência e engajamento descrevem os desafios relacionados com a cultura de erros, a manutenção da competência entre os colaboradores e a transferência de conhecimento.

No que concerne à primeira categoria, a continuidade de cuidados representa o desafio primordial, afetando tanto a qualidade como a segurança. Nas duas instituições de cuidados de saúde domiciliários, os profissionais tinham uma lista fixa de utentes e intervenções a realizar em cada turno, o que foi considerado como importante para a continuidade de cuidados, para o estabelecimento de uma boa relação profissional-utente e de tomadas de decisão mais facilitadas. Como desvantagens identificaram o facto de terem menos tempo e oportunidades de discussões éticas; e a atribuição do cuidador formal ser feita por área geográfica e não baseado no conhecimento do profissional sobre o utente. O desafio à manutenção da continuidade de cuidados surgia aliado ao trabalho em tempo parcial, ausências por doença ou maternidade, entre outros. Os gestores afirmavam ter que levar a cabo processos de mudança diversas vezes, acrescentando carga de trabalho aos colaboradores. Apontavam como dificuldade a existência de conflito entre o cumprimento do orçamento e a manutenção de qualidade e segurança na organização. No que concerne ao aumento da carga de trabalho, os colaboradores afirmavam que essa situação significaria menos tempo despendido com os utentes e consequente redução da qualidade.

Na utilização de sistemas de gestão da qualidade, os gestores afirmaram que os profissionais não se encontram interessados nas mudanças organizacionais major, parecendo mais preocupados com as suas tarefas diárias. Relativamente à interação entre os sistemas de gestão da qualidade, os colaboradores identificaram como negativo a não existência de um sistema de comunicação com os hospitais, impedindo o seu seguimento durante o internamento. Tanto gestores como profissionais, referiram a importância de ter um *laptop* ou *tablet*, para que pudessem fazer registos em tempo real de cuidados ao utente, lamentando a existência de um sistema de comunicações não funcionante.

Relativamente à segunda categoria – cultura, competência e engajamento – a falta de tempo surge como fator determinante da diminuição da qualidade e da segurança, levando à cultura do erro. Foram descritas situações de falta de registos e erros de medicação, bem como queixas por parte dos utentes de que os profissionais não lhes despendiam tempo suficiente. Outra questão importante é que o erro nem sempre era reportado. Gestores e profissionais nem sempre sabiam "o que", nem "como" reportar.

No que concerne à manutenção da competência entre os colaboradores, o desenvolvimento de competências foi descrito como difícil em todas as instituições. Os resultados demonstraram uma falta de supervisão dos colaboradores por profissionais especializados. Os gestores justificaram essa dificuldade com as frequentes mudanças organizacionais. No entanto, afirmaram incentivar os colaboradores à formação, oferecendo cursos de desenvolvimento de competências nas suas áreas de eleição, facto esse confirmado pelos profissionais. Vários gestores indicaram os enfermeiros como o grupo profissional mais aberto à formação, defendendo que lhes deveriam ser atribuídas maiores responsabilidades.

A transferência de conhecimento nem sempre era realizada. Segundo os gestores, isso seria devido ao facto de os colaboradores se sentirem intimidados e desconfortáveis para fazerem formação aos colegas. Os profissionais, por outro lado, atribuíram essa dificuldade ao excesso de trabalho e à falta de tempo para realizar a formação.

Apesar das diferenças contextuais entre as instituições de internamento e as de cuidados domiciliários, os desafios identificados por parte da gestão e dos colaboradores foram semelhantes.

Numa Revisão Sistemática da Literatura efetuada por Al Anazi et al. (2020), procurando perceber a qualidade dos serviços de saúde domiciliários, os resultados conduziram ao estabelecimento de 3 categorias: segurança e eficácia dos cuidados de saúde domiciliários; eficácia e eficiência dos cuidados de saúde domiciliários; e qualidade de vida.

Relativamente à primeira categoria, os estudos analisados apontam para um aumento da utilização de programas de administração de antibióticos no domicílio ter crescido, o que se deveu à constatação de uma diminuição significativa dos efeitos adversos decorrentes da hospitalização, nomeadamente o *delirium* e o decréscimo da capacidade funcional. Estes programas são eficazes uma vez que têm uma boa adesão por parte dos utentes ao regime terapêutico, poucas

complicações e constituem uma alternativa segura e custo-eficaz ao internamento hospitalar de casos semelhantes.

Relativamente à eficácia e eficiência dos cuidados de saúde domiciliários, os autores referem um estudo conduzido na Jordânia que demonstra que o desempenho destes é afetado por muitos desafios e problemas, que afetam negativamente a sua eficácia, eficiência e qualidade. De entre eles incluem-se, a ausência de *guidelines*, de protocolos, de indicadores de qualidade, de monitorização por parte das autoridades de saúde, de planeamento e sistemas de referência, escassez de programas de formação e treino, de registos, práticas antiéticas, entre outros. Num outro estudo é demonstrado que a visita domiciliária realizada por pessoal treinado, não só melhora drasticamente a adesão ao regime terapêutico por parte dos utentes como o sucesso do tratamento.

No que concerne à qualidade de vida, os estudos selecionados concluíram que os programas de saúde de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, melhoravam a qualidade de vida nos mais idosos.

Esta RSL ressalta a necessidade de melhorar a qualidade nos cuidados de saúde domiciliários nos países árabes, tornando-os mais oportunos, equitativos e centrados na pessoa.

Da pesquisa bibliográfica realizada não foram encontrados estudos sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados prestados em ECCI.

3.2 O Modelo teórico de Donabedian para a Qualidade em Saúde

A avaliação da qualidade em saúde deve assentar numa definição conceptual e operacional baseada na própria definição de "Qualidade em Saúde". Muitos problemas estão sediados neste nível fundamental, uma vez que a qualidade em saúde tem uma definição incrivelmente difícil de estabelecer (Donabedian, 2005). Apenas aqueles que nunca lidaram com a complexidade da prática clínica são capazes de exigir medidas fáceis, exatas, precisas e completas – como se da avaliação do peso de um saco de batatas se tratasse (Donabedian, 1980, citado Bell et al., 2019). Qualquer tentativa de avaliar qualidade em saúde deverá começar com uma formulação a nível concetual, definindo qualidade em geral e depois com referência ao contexto em particular. À medida que a definição é ampliada, poderá incluir, entre outras, a interação entre profissional de

saúde e utente, o contributo do utente para o seu próprio cuidado, ou a facilidade de acesso. (Donabedian, 1987).

A Organização Mundial de Saúde (2020) define qualidade em cuidados de saúde como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e população aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados em saúde, resultados esses consistentes com a prática profissional baseada na evidência científica. A avaliação da qualidade em saúde tem em consideração as necessidades e preferências dos seus utilizadores: utentes, famílias e comunidades.

Segundo a mesma organização, é consensual que cuidados de saúde de qualidade deverão ser:

> Eficazes: fornecendo cuidados de saúde baseados na evidência científica a quem deles necessita;
>
> Seguros: não causadores de dano para as pessoas a quem se dirigem;
>
> Centrados na pessoa: tendo em conta preferências pessoais, necessidades e valores;
>
> Em tempo útil: reduzindo tempos de espera;
>
> Equitativos: prestando cuidados de saúde com qualidade à pessoa independentemente da sua idade, sexo, género, raça, etc.
>
> Integrados: coordenados entre os diversos níveis de prestação de cuidados e ao longo do ciclo vital;
>
> Eficientes: maximizando o benefício de acordo com os recursos disponíveis, evitando o desperdício.

Segundo Donabedian (2005), os resultados em termos de recuperação, restauração da função ou sobrevivência, são muitas vezes utilizados como indicadores na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Os resultados tendem a ser concretos e mais recetivos a medições precisas. No entanto, a utilização apenas nos resultados na avaliação da qualidade, pode tornar-se limitativa. Por vezes, a seleção de um resultado em particular, pode ser irrelevante, como no caso de se escolher a sobrevivência como critério de sucesso, numa situação não fatal, mas que produz incapacidade; ou então, poder ser questionável a sua utilização, em determinadas circunstâncias, no prolongamento da vida, como evidência da prática de cuidados de saúde de qualidade. Embora

os resultados possam indicar bons ou maus cuidados, não são capazes de fornecer informações sobre a natureza das forças ou fraquezas às quais o resultado é atribuído.

O autor, inclui, assim, na avaliação da qualidade em saúde, para além dos resultados, o processo e a estrutura. O processo representa os meios para alcançar os fins (que serão representados pelos resultados). A avaliação do processo implica considerações sobre a adequação, a completude e a redundância da informação obtida na anamnese, no exame físico e nos exames complementares de diagnóstico; na justificação do diagnóstico e do tratamento; na competência técnica; na evidência da prática de prevenção da doença e promoção da saúde; coordenação e continuidade de cuidados, etc. Os processos são mais dificilmente avaliáveis do que os resultados, no entanto, podem ser mais relevantes que estes últimos (Donabedian, 2005).

A terceira abordagem na avaliação de qualidade em saúde proposta por Donabedian (2005), é denominada de estrutura. Pode incluir processos administrativos que servem de suporte à prestação de cuidados diretos: se as instalações e/ ou os equipamentos são adequados, as qualificações da equipa médica e como a mesma se organiza, organização financeira, entre outros. A importância dada à estrutura baseia-se na assunção de que, dando boas condições para a práticas de cuidados, boas práticas de cuidados de saúde se seguirão.

"A good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of good outcomes".

Donabedian (1988). The quality of care. How can it be assessed?

A interação entre as categorias pode ser bidirecional e não apenas uma separação causa-efeito. Trata-se de uma cadeia de acontecimentos em que os antecedentes levam a acontecimentos intermédios que, por sua vez, representam meios para os acontecimentos finais. (Tossaint-Schoenmakers et al., 2021).

Esta abordagem estabelece como limitação o facto de a relação entre estrutura e processo, e estrutura e resultado, por vezes não ser bem estabelecida.

A Figura 3 representa o Modelo proposto por Donabedian (2005), sobre qualidade em saúde.

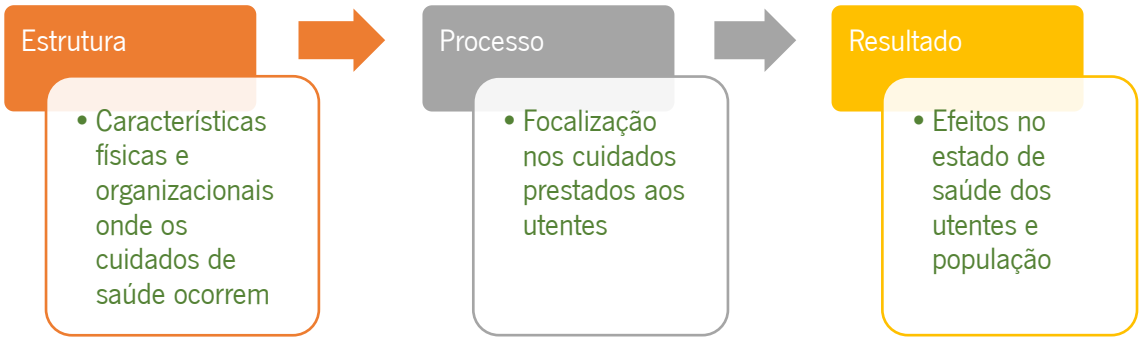

Figura 3 - O modelo de Donabedian, sobre qualidade em saúde

(Fonte: A model for measuring quality care, NHS England, 2018).

No presente estudo decidiu-se optar pela abordagem sistémica proposta por Donabedian, já que pode ser utilizada para descrever e avaliar um Sistema de Gestão da Qualidade ou permitir comparações entre SGQ diferentes. O modelo pode identificar interdependências e associações e ajudar a explicar divergências ou consonâncias entre instituições.

Estudar as relações entre estrutura, processo e resultados pode, igualmente, fornecer informação benéfica e valiosa para a prática dos profissionais de saúde, a gestão de departamentos e as tomadas de decisão dos políticos. (Kunkel et al., 2007, Tossaint-Schoenmakers et al., 2021).

3.3 Equidade/ Iniquidade em saúde

Equidade é a ausência de diferenças evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais, sejam eles definidos social, económica, demográfica ou geograficamente. Assim, a definição de iniquidade em saúde envolve mais do que desigualdade no que respeita a determinantes de saúde e acesso aos recursos necessários para melhorar ou manter a saúde. Também inclui o fracasso em evitar ou ultrapassar os obstáculos criados pela desigualdade, que minam a justiça e os direitos humanos, impedindo as pessoas de disfrutar da vida e perseguir os seus sonhos. (OMS, 2020).

> "Health equity allows people to reach their full health potential and receive highquality care that is appropriate for them and their needs, no matter where they live, what they have, or who they are. It is a core element of quality in health care."
>
> Braden O'neill et al. (2020). Improving Equity Through Primary Care: Proceedings of the 2019.

Toronto International Conference on Quality in Primary Care

Equidade em saúde implica a obtenção do potencial máximo de saúde por todas as pessoas e que ninguém possa ser impedido de o obter devido à sua posição social, ou outra circunstância determinada socialmente. Implica justiça na distribuição dos recursos, no acesso às oportunidades disponíveis e no suporte dado aos doentes (Whitehead & Dahlgren, 2007).

A iniquidade pode ser observada através da mortalidade e morbilidade a nível individual e populacional, incluindo doenças crónicas e incapacidade com impacto na qualidade de vida e nos custos dos sistemas de saúde (Ford-Gilboe et al., 2018).

Uma característica comum aos grupos que vivenciam iniquidade em saúde – como os pobres, as pessoas marginalizadas, as minorias raciais e étnicas e as mulheres – é a falta de poder político, social ou económico. Assim sendo, para se conseguir eliminar a iniquidade não basta incidir numa circunstância em particular, mas empoderar os grupos para a consecução de mudanças sistémicas seja através de políticas de reforma ou mudanças nas relações sociais e económicas (OMS, 2020).

A equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde surge no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020 como um dos 4 eixos estratégicos, juntamente com a Cidadania em Saúde, a Qualidade em saúde e as Políticas Saudáveis.

> "O PNS pretende contribuir para que o Sistema de Saúde, bem como outros setores com impacto na saúde, encontrem equilíbrios entre a proximidade de serviços e a gestão racional de recursos limitados, entre a redundância e complementaridade de serviços oferecidos pelo setor público, privado e social e entre uma resposta compreensiva e uma resposta especializada às necessidades de saúde da população. Destes equilíbrios depende a equidade e o acesso e, portanto, a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis. A procura ótima deste difícil e instável equilíbrio é dinâmica, assumindo dimensão com responsabilidade nacional, regional e local e de relação entre os sectores público, privado e social. A equidade é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos cidadãos."
>
> Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015)

Apesar da equidade constituir um dos valores fundamentais para a saúde em Portugal e a busca por ela ser mencionada em vários Planos Nacionais de Saúde ao longo dos anos, o que é certo é que ainda não foi completamente atingida, constituindo um dos desafios para a saúde nos anos vindouros. No entanto, sabe-se que sistemas de saúde com Cuidados de Saúde Primários fortes, têm melhores resultados, menores custos, mais equidade, sendo que as pessoas têm oportunidades mais justas de ser tão saudáveis quanto possível (O'neill et al., 2020).

Situações de iniquidade foram exacerbadas com o surgimento da pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 em 2019-2020. Pôde constatar-se que a COVID-19 afetava as populações mais vulneráveis tais como idosos, habitantes de áreas com maior densidade populacional, pessoas com menor estatuto socioeconómico, migrantes e minorias, de forma desigual. Esses grupos têm maiores índices de comorbilidades, maior risco de desenvolver infeção, acesso mais dificultado a cuidados de saúde e de, consequentemente, obter efeitos nefastos decorrentes da doença (Shadmi et al., 2020).

3.4 A COVID-19 e a sua influência na prestação de cuidados

A COVID-19 é uma doença causada pelo novo coronavírus, o SARS-CoV-2. Surgiu em 2019 após a deteção de um surto de uma pneumonia viral em Wuhan, uma cidade chinesa (OMS, 2020).

O nome SARS representa o acrónimo de *Severe Acute Respiratory Syndrome* – Síndrome Respiratória Aguda Grave e CoV-2 foi a denominação atribuída ao segundo coronavírus identificado como causador de SARS. O primeiro foi identificado em 2002, tendo sido denominado SARS-CoV (DGS, 2020b).

A doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, a COVID-19, tornou-se rapidamente numa ameaça global à saúde de toda a população. O instituto Johns Hopkins, no início de dezembro de 2020, pouco mais de um ano após o relato dos primeiros casos, contabilizava um total de 67 781 393 casos confirmados em todo o mundo, resultando num número de mortes totalizado em 1 548 516. A atual geração de profissionais de saúde nunca tinha visto uma pandemia desta

dimensão, e ninguém estava, certamente, preparado para os seus efeitos, ainda não totalmente conhecidos.

Rapidamente a comunidade científica procurou unir-se na busca por uma solução. Nunca antes se tinha visto uma busca tão ávida pelo conhecimento. Foram publicados milhares de artigos científicos que procuraram estudar vários aspetos relacionados quer com a doença propriamente dita, quer com os seus efeitos económicos, sociais, ou até na saúde em geral das pessoas com outras patologias não COVID. De entre os estudos realizados poucos incidiram sobre o impacto da COVID-19 nos cuidados domiciliários e na forma como, na perceção dos profissionais de saúde que exerciam funções nesse contexto, a doença afetou a qualidade dos mesmos.

A importância de estudar o impacto da COVID-19 na qualidade dos cuidados domiciliários advém da constatação da vulnerabilidade da população idosa aos efeitos da doença. Logo em janeiro de 2020, foi publicado um estudo realizado por Wang et al., onde se procurava perceber o surto do novo coronavírus detetado em Wuhan, e cujos os resultados demonstraram que as primeiras mortes decorreram principalmente em idosos e que estes apresentavam uma progressão mais rápida da doença que os mais jovens.

Ao longo do tempo, a situação manteve-se. Tem-se verificado um impacto maior da COVID-19 em pessoas com mais de 65 anos, com doenças cardiovasculares (como hipertensão e insuficiência cardíaca), patologia respiratória crónica ou diabetes. Assim, os utentes das estruturas residenciais para idosos (ERPI) ou das Unidades de Cuidados Continuados da RNCCI, independentemente da tipologia, encontram-se em situação de particular vulnerabilidade, especialmente devido à idade avançada, à maior incidência de comorbilidades, ao despenderem de muito tempo confinados nos mesmos espaços; à dependência para a realização das atividades de vida diárias e à eventual necessidade de prestação de cuidados de saúde (Orientação 009/2020, DGS, 2020).

Comecemos por situar o trabalho em contexto domiciliário antes da pandemia. Nos Estados Unidos da América, em 2018, foi realizado um estudo qualitativo por (Pogorzelska-Maziarz et al., 2020) sobre as perspetivas dos profissionais de saúde na prevenção e o controlo da infeção (PCI) e as suas possíveis implicações para a COVID 19. Foram realizadas entrevistas a 41 profissionais de 13 instituições prestadoras de cuidados domiciliários desempenhando diversos papeis: administradores/diretores clínicos, enfermeiros, assistentes operacionais, fisioterapeutas e profissionais específicos da prevenção de infeção. Da análise de conteúdo foram identificadas 4

categorias potenciadoras de afetar a prevenção de infeção e, consequentemente, a qualidade dos cuidados: a singularidade dos cuidados de saúde domiciliários; a prevenção e controlo da infeção como prioridade; a importância da educação; e as chaves para o sucesso e inovação.

Relativamente à primeira categoria, foram identificadas 4 subcategorias: a imprevisibilidade do contexto domiciliário – o facto do ambiente não ser controlado como é num hospital e ter que se trabalhar da melhor forma com o que se apresenta, por exemplo, tentar incentivar os utentes e prestadores de cuidados a manterem um ambiente o mais limpo possível, levar o menor número de itens possíveis para um domicílio com fracas condições de higiene ou lidar com os animais de estimação; a necessidade de uma visão holística da pessoa – ter em conta o seu contexto económico, cultural, social e espiritual; a natureza intermitente dos cuidados – a dificuldade percebida pelos profissionais em assegurar a adesão ao regime terapêutico e a prevenção de infeção e de complicações por parte dos utentes e prestadores de cuidados, tendo em conta que os profissionais não estão sempre presentes no domicílio, ou o facto de não haver sempre médico disponível e, muitas vezes, ter que se enviar o utente para o hospital; por último, os problemas relacionados com o envelhecimento dos colaboradores, a fraca capacidade de retenção de profissionais e o recrutamento insuficiente – segundo os participantes, este aspeto tinha um impacto negativo na prevenção de infeção, aumentava o stress pelo acréscimo de responsabilidades e conduzia mais rapidamente ao erro.

A segunda categoria, a prevenção de infeção como prioridade, foi identificada pela maioria dos participantes, já que tiveram em conta a vulnerabilidade da população alvo de cuidados. Foram identificadas 3 subcategorias: A higiene das mãos, do saco de transporte de material e do equipamento – fatores preponderantes na transmissão de infeção, mas cujos protocolos não eram sempre cumpridos; o papel preponderante da prevenção de infeção na redução das re-hospitalizações; e a prevenção de infeção como promotor da segurança dos utentes, profissionais e das famílias de ambos, prevenindo a transmissão de microrganismos entre domicílios.

Relativamente à importância da educação, foram identificadas duas subcategorias: a educação dos profissionais de saúde – crucial para o cumprimento dos protocolos de prevenção de infeção, tendo sido descritas pelos participantes situações em que o treino insuficiente resultou em más práticas de cuidados com consequente impacto negativo na qualidade dos mesmos. Houve participantes que referiram a falta de treino específico e recursos de prevenção de infeção em contexto domiciliário. A segunda subcategoria prende-se com a educação aos utentes e

prestadores de cuidados. Muitos participantes enfatizaram a sua importância no sucesso, já que os torna parceiros nos cuidados e constitui a ferramenta essencial para a adesão ao regime terapêutico, dado o caráter intermitente da prestação de cuidados.

Por último, na categoria "Chaves para o sucesso e inovação", foram identificadas 4 subcategorias: a cultura de qualidade e de satisfação do utente – que incutiria nos colaboradores a importância da prevenção de infeção que acabaria por contribuir significativamente para a satisfação dos utentes e a qualidade dos cuidados prestados; a formação profissional contínua – foi identificada pelos profissionais como essencial para a qualidade dos cuidados prestados e a sua promoção não só dependente dos colaboradores mas da responsabilidade, igualmente, das instituições; uma abordagem ao utente coordenada – através de reuniões interdisciplinares e melhoria da comunicação entre profissionais; e, por último, a utilização de informação em tempo real – através do acesso eletrónico ao processo do utente – foi apontada como uma inovação necessária ao aumento da qualidade.

Apesar deste estudo ter sido conduzido em 2018, dá-nos pistas sobre os desafios existentes à prevenção da infeção e consequente impacto na qualidade dos cuidados em contexto domiciliário ainda antes da COVID-19.

Em março de 2020, nos EUA, foi realizada por Shang et al. (2021) uma análise qualitativa de dados recolhidos através de um inquérito nacional aplicado a agências de cuidados domiciliários (ACD) com o objetivo de caracterizar os efeitos da COVID-19 nos cuidados domiciliários e examinar as suas políticas de prevenção e controlo da infeção. As questões incluíam dados demográficos, registos de exposição à COVID-19, efeitos da doença e protocolos de controlo de infeção.

Participaram no estudo 1204 agências prestadoras de cuidados domiciliários. A análise de resultados revelou vários formas em como as agências foram afetadas pela COVID-19. Os temas foram divididos em 3 grandes categorias: os desafios do utente, os desafios dos profissionais e as necessidades da agência.

Relativamente à primeira categoria, as ACD revelaram que as necessidades dos utentes mudaram durante a COVID-19. Devido ao dever de confinamento, muitos familiares ficaram em teletrabalho e deixaram de necessitar de contratar profissionais para a prestação de cuidados. Os utentes e familiares também demonstraram preocupação com a exposição ao novo coronavírus através do contacto com os prestadores de cuidados formais, optando por adiar tratamentos

temporariamente. Por outro lado, alguns utentes COVID-positivos deixaram de receber cuidados devido à sua situação infeciosa.

Relativamente aos desafios dos profissionais, muitas ACD reportaram aumento do absentismo por doença do profissional, medos relacionados com a COVID-19, responsabilidades familiares e confusão sobre as ordens federais e estaduais relativamente ao dever de confinamento.

No que concerne à terceira categoria, as ACD procuraram adaptar-se às novas práticas e implementar novos protocolos, referindo a falta de *guidelines* para os prestadores de cuidados. Muitas agências reportaram, igualmente, a falta de material para suprir as necessidades dos utentes COVID-positivos, nomeadamente, termómetros, equipamentos de proteção individual e desinfetantes. Referem, também, ter tido dificuldades económicas com a diminuição dos fluxos de caixa devido à pandemia.

Das 1204 respostas, 238 revelaram contactos de risco ou testes positivos para SARS-CoV-2. Dessas, 229 tinham estabelecido protocolos de prevenção e controlo de infeção. Apenas 101 das que afirmaram não ter tido contacto com a COVID-19, criaram protocolos específicos. Os protocolos de PCI foram categorizados em 4 grupos: *guidelines*, resposta à COVID-19, vigilância e precauções.

Relativamente às *guidelines*, ficaram disponíveis recomendações locais e nacionais. Algumas ACD utilizavam as do *Center for Disease control (CDC)*, outras de departamentos de saúde locais.

No que se refere ao segundo grupo, existiu uma variedade substancial nas agências no que respeita à PCI por parte dos prestadores de cuidados no caso de exposição à COVID-19 ou de apresentaram sinais e sintomas consistentes com a doença. A quarentena era aplicada a cuidadores com sintomas ou com exposição detetada ao vírus, assim como a prestadores de cuidados assintomáticos no regresso de uma viagem. No entanto, o número de dias de quarentena era variável: de 1 a 14 dias. As agências recomendaram a realização de testes aos seus colaboradores, mas apenas algumas exigiam indicação clínica para voltar ao trabalho. No que respeita ao protocolo em caso de utente positivo, algumas agências cancelavam a prestação de cuidados, sendo que outras o mantinham dadas as necessidades dos utentes. No caso de detetarem casos positivos em profissionais, frequentemente as ACD informavam os utentes da existência do caso positivo, mas menos informavam outros cuidadores com quem tivessem tido contacto.

As práticas de vigilância foram classificadas em 3 subtemas: passiva, ativa e empoderada.

Algumas agências referiram práticas de vigilância passiva, realizada pelos cuidadores, que reportavam sintomas ou exposição ao novo coronavírus. Outras, realizavam vigilância ativa com monitorização da temperatura e o preenchimento de *cheklists* antes da prestação de cuidados propriamente dita.

Relativamente às precauções, muitas ACD implementaram o ensino sobre lavagem das mãos aos profissionais, utentes e cuidadores informais. Algumas agências tinham práticas de desinfeção do domicílio, como por exemplo, superfícies ou maçanetas de portas, no início e no fim dos cuidados. Algumas ACD procuraram, igualmente, limitar o número de contacto dos profissionais com múltiplos utentes.

O estudo permitiu identificar de que forma as agências de cuidados domiciliários, afetadas tão precoce e intensamente pela pandemia, conseguiram adaptar-se e mitigar os seus efeitos o máximo possível.

3.5 COVID-19 e Equidade

A COVID-19 pôs a descoberto fortes iniquidades nos sistemas de saúde por todo o mundo. Nos EUA, por exemplo, ocorreram níveis desproporcionais de casos da doença, hospitalizações e mortes em pessoas de raça não-branca, o que reflete pior saúde em geral, piores condições de trabalho, habitacionais, de transporte, entre outros. A iniquidade resulta num acesso mais restrito a cuidados de saúde e a falta de literacia em saúde pode originar uma procura de cuidados de saúde apenas em fases mais avançadas da doença, colocando toda a população ainda mais em risco (Shadmi et al., Butler, 2020).

Numa colaboração internacional de vários investigadores, foi publicado em 2020 um artigo que reuniu perspetivas de equidade em saúde durante a pandemia por todo o mundo. Utilizando os estudos de caso realizados em 13 países, Shadmi et al., (2020), procuraram obter uma perspetiva global das situações de iniquidade provocadas pela COVID-19.

Nos países de baixo e médio rendimento identificaram diversas preocupações no que concerne a resposta à pandemia: as barreiras relacionadas com a realização de testes, a (in)existência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e os serviços médicos avançados. Adicionalmente, a

recessão económica generalizada levou a OMS a aumentar o apoio a esses países, procurando mitigar os efeitos económicos e sociais da doença a médio e longo prazo, nomeadamente, a perda do acesso a cuidados de saúde, o aumento do desemprego e/ou perda de habitação, o que originaria um aumento da morbilidade física e mental, ambas causadoras de mortalidade. O isolamento social e as restrições à mobilização, também puseram em causa o acesso às necessidades básicas, ao ponto desses países necessitarem de medidas que assegurassem a proteção dos direitos humanos e da saúde pública sem discriminação da população vulnerável, incluindo refugiados, emigrantes ilegais ou presidiários.

Enquanto que na China, uma vez identificado o surto em Wuhan com potencialidade pandémica, foram tomadas medidas de garantia de acesso a cuidados de saúde por parte da população seja durante a infeção, ou após, no Brasil, por exemplo, as medidas foram tomadas mais tardiamente, tendo sido adotada pelo Presidente da República, uma atitude negacionista. Como o investimento no setor da saúde tem sido pouco significativo no país e como não houve uma procura de cooperação entre público e privado, que tinha mais recursos, surgiram situações de iniquidade, em que quem tinha poder económico tinha acesso a cuidados de saúde privados, enquanto que a restante população não. Tendo em conta que cerca de 30 milhões de brasileiros não têm saneamento básico, a indicação de lavagem frequente das mãos ou a desinfeção com solução alcoólica era difícil de cumprir. A quantidade de população a viver em favelas, também dificultou a possibilidade de levar a cabo o cumprimento de qualquer norma de distanciamento social.

Em Itália, um país francamente envelhecido, e onde a COVID-19 teve uma elevadíssima taxa de incidência, os autores mencionaram o perigo de descriminação relativamente à admissão dos mais idosos nas Unidades de Cuidados Intensivos.

No caso de Israel, apesar da cobertura universal de saúde, as questões religiosas tiveram um papel importante em alguns grupos. No caso dos judeus ultraortodoxos, as taxas de infeção foram bastante elevadas por algumas razões já mencionadas relativamente a outros países como o baixo estatuto socioeconómico ou elevada densidade populacional, mas também por indicações dos líderes religiosos contra as ordens governamentais de prevenção de infeção.

A Austrália tem serviço universal de saúde desde 1975, logo os testes e o tratamento para a COVI-19 foram disponibilizados para todos os cidadãos e residentes permanentes. A iniquidade surgiu quando o país adotou a telemedicina como uma parte essencial da resposta à doença. Procurando

proteger os profissionais de saúde e os utentes com a utilização desta ferramenta, colocou questões de equidade no acesso, já que muitos cidadãos não tinham meios de comunicação adequados como telefone ou internet para a realização da consulta.

Em Portugal a saúde é um direito constitucional:

> "1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à protecção da saúde é realizado:
>
> a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável".
>
> Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (1976)

No dia 2 de março de 2020, Portugal registava o primeiro caso positivo para SARS-CoV-2, tendo sido a 11 de março a COVID-19 declarada pela OMS como pandemia.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2020), a situação excecional criada pela pandemia, veio alterar significativamente o contexto da prestação de cuidados de saúde em Portugal, quer por causa da doença, quer por força das medidas adotadas por entidades como o Presidente da República, a Assembleia da República, Governo e Direção Geral da Saúde, com o objetivo de prevenir a transmissão do vírus e combater a potencial calamidade pública resultante da doença, recorrendo à restrição de direitos e liberdades, em especial no que respeita aos direitos de circulação e às liberdades económicas.

Esta situação teve resultado imediato no sistema de saúde, tendo sido logo visível a queda na atividade programada e não programada na rede de estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Tanto nos CSP como a nível hospitalar, ocorreu uma significativa diminuição da atividade assistencial presencial e um consequente aumento da telemedicina (ERS, 2020).

Foi criado em março de 2020 um "Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)" pela DGS com os objetivos principais de minimizar a doença grave e mortes por COVID-19 em Portugal e os impactos sociais e económicos adjacentes a esta ameaça em Saúde Pública.

Foram identificados como componentes-chave de resposta:

- A vigilância epidemiológica – através da definição de caso; da recolha e partilha de informação clínica, epidemiológica e laboratorial; do rastreio de contactos, etc.;
- A Capacidade Laboratorial – através da preparação do laboratório nacional de referência para o diagnóstico do SARS-CoV2; da vigilância e notificação laboratorial (com o registo dos casos de COVID19 no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)); da articulação com redes internacionais; da implementação do diagnóstico laboratorial em hospitais do Serviço Nacional de Saúde, etc.;
- As Medidas de Saúde Pública – medidas de proteção individual tais como: higiene das mãos; etiqueta respiratória e uso de EPI; de distanciamento social como o isolamento ou a quarentena; medidas de intervenção em contexto social, nomeadamente em contexto escolar ou laboral e em contextos especiais como estruturas residenciais ou estabelecimentos prisionais; e medidas ambientais;
- A Gestão de caso – através do serviço telefónico e digital proporcionado pelo SNS24 que oferece um serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento na doença aguda não emergente; a linha de apoio ao médico (LAM), um serviço especializado de validação de casos suspeitos por telefone; o alargamento da capacidade hospitalar e identificação de hospitais de referência; o papel dos CSP no tratamento e monitorização dos doentes, procurando estabelecer uma comunicação e cooperação ágeis entre USF, UCSP, UCC e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), e entre as equipas de CSP e as hospitalares; a cooperação com o setor privado e social e com as farmácias; e a continuidade de cuidados para doentes COVID-19 e não-COVID-19;
- A Prevenção e controlo da Infeção – através da avaliação do risco individual e organizacional; rastreio de doenças respiratórias, medidas comunitárias, entre outros;
- A Sanidade Internacional – Preocupação com os viajantes e realização de vigilância à entrada, por exemplo;

- A Comunicação e mobilização social - Identificando parceiros comunitários, enquanto ativadores da comunidade, encorajando a população e os media na resposta.
- O Conhecimento e investigação – Os profissionais de saúde como grupo vulnerável; estudo de transmissão em contexto domiciliário; avaliação do tratamento, vacinação, etc.;
- A Formação e treino – Formação de equipas de saúde pública, de profissionais de primeira linha e de profissionais de saúde para a colheita, acondicionamento, transporte e manipulação de amostras biológicas para o diagnóstico do SARSCoV-2, etc.;
- Os Recursos – humanos; de medicamentos; e de EPI.

Apesar do plano procurar minimizar os impactos socioeconómicos da doença, ainda não foram publicados estudos realizados em Portugal sobre a equidade em saúde em tempo de COVID-19. No entanto, facilmente se poderá inferir que a realidade observada nos outros países não será muito diferente da nossa. A perda de emprego, o contexto socioeconómico, a iliteracia, a idade avançada, o isolamento social, as restrições à circulação, a raça ou etnia, a religião ou a falta de recursos para o acesso aos cuidados de saúde, constituem fatores importantes de iniquidade no nosso país, muito provavelmente exacerbada pela pandemia.

3.6 Questão de Investigação

Qual a perceção dos profissionais de saúde sobre a qualidade do serviço prestado pelas ECCI, sobre a equidade no acesso aos serviços de saúde da população abrangida e quais as implicações da pandemia COVID-19 no funcionamento das ECCI?

4 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi realizado de acordo com um paradigma fenomenológico de caráter exploratório e descritivo, de natureza quantitativa.

4.2 População e amostra

A população consistiu nos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos superiores de serviço social, fisioterapeutas e terapeutas da fala e nutricionistas que prestam cuidados em ECCI.

A amostra foi constituída pelos profissionais de saúde que desempenham funções em ECCI na região norte de Portugal.

A amostragem foi feita por conveniência.

4.3 Recrutamento dos participantes

Foi efetuado um pedido de autorização aos diferentes ACeS da região Norte para realização do estudo. Seguidamente, foi pedida autorização às UCC para aplicação do instrumento de recolha de dados e divulgação pelos profissionais das ECCI.

O questionário esteve disponível para preenchimento entre março e junho de 2021.

4.4 Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foi aplicado um questionário, de forma anónima, pela internet.

O questionário foi construído com base no HCQuAT (Home Care Quality Assessment Tool), utilizado por Tang et al., (2020). O HCQuAT utiliza o modelo de Donabedian na avaliação da qualidade de cuidados em instituições prestadoras de cuidados domiciliários. É dividido, assim, em 3 partes: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se às condições físicas para a prestação de cuidados: recursos e/ou gestão; e às características inerentes aos profissionais que

compõem a equipa: qualificação, competências acrescidas e capacidade de trabalho em equipa. O processo é referente ao cuidar propriamente dito: o tratamento da doença, a relação interpessoal, entre outros. Os resultados, referem-se à condição de saúde que se obteve dos cuidados prestados como, por exemplo, as melhorias funcionais ou o controlo de sintomas.

Para a avaliação da qualidade de cuidados de cuidados de acordo com a estrutura e processo, o instrumento de colheita de dados utilizado foi adaptado à realidade da prática de cuidados em ECCI partindo do HCQuAT. No entanto, para a avaliação da perceção dos profissionais sobre os resultados, foi utilizada a avaliação por indicadores estabelecida pela ACSS e que constam na plataforma BI-CSP, já que, para além de procurarem avaliar os ganhos em saúde obtidos pelos utentes, também servem como o principal instrumento de avaliação da qualidade das unidades e, consequentemente, dos profissionais que as integram.

No estudo também se procurou, ainda que superficialmente, abordar as questões da qualidade e equidade pré e durante a pandemia por COVID-19, pelo que se adicionaram algumas questões relativas a estes temas.

No questionário, abaixo apresentado, foram também incluídas variáveis sociodemográficas: sexo, idade, profissão, tempo de exercício profissional e nº de horas alocadas à ECCI por semana.

Qualidade de Cuidados em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): a perceção dos Profissionais de Saúde

1 Sexo

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Masculino ○ Feminino

2 Idade

[ ]

3 Profissão

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Enfermeiro ○ Médico ○ Técnico Superior de Serviço Social ○ Terapeuta da Fala ○ Nutricionista

○ Fisioterapeuta ○ Terapeuta Ocupacional

○ Outra [ ]

4 Tempo de Exercício Profissional em ECCI

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Até 1 ano ○ Entre 2 e 4 anos ○ Mais de 5 anos

5 ACeS onde exerce funções

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Alto Ave ○ Alto Minho ○ Alto Tâmega e Barroso ○ Ave/Famalicão ○ Aveiro Norte ○ Baixo Tâmega

○ Barcelos/Esposende ○ Braga ○ Douro Sul ○ Espinho/Gaia ○ Feira e Arouca ○ Gaia

○ Gerês/Cabreira ○ Gondomar ○ Maia/Valongo ○ Marão e Douro Norte ○ Matosinhos ○ Nordeste

○ Porto Ocidental ○ Porto Oriental ○ Póvoa de Varzim/Vila do Conde ○ Santo Tirso/Trofa ○ Vale do Sousa Norte ○ Vale do Sousa Sul

○ Outro... [ ]

6 Nº de horas de trabalho alocadas à ECCI por semana

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Até 5h/semana ○ De 6 a 10h/semana ○ De 11 a 34h/semana ○ 35h/semana ou mais

ESTRUTURA

Em que medida concorda com as seguintes afirmações?

7 Como considera a qualificação dos profissionais da ECCI para exercer funções em Equipas de Cuidados Continuados Integrados?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Má ○ Insuficiente ○ Razoável ○ Boa ○ Muito boa

8 A ECCI/UCC dispõe de regras e regulamentos sobre higiene das mãos?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

9 Estão acessíveis a todos os profissionais.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

10 São de fácil compreensão.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

11 São de fácil implementação.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

Em que medida concorda com as seguintes afirmações?

12 São de fácil monitorização.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

13 A ECCI/UCC dispõe de regras e regulamentos sobre acondicionamento, transporte e armazenamento do lixo?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

14 Estão acessíveis a todos os profissionais.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

15 São de fácil compreensão.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

16 São de fácil implementação.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

Em que medida concorda com as seguintes afirmações?

17 São de fácil monitorização.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

18 A ECCI/UCC dispõe de protocolos de resposta a situações de emergência?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

19 Estão acessíveis a todos os profissionais.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

20 São de fácil compreensão.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

21 São de fácil implementação.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

Em que medida concorda com as seguintes afirmações?

22 São de fácil monitorização.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

23 A ECCI/UCC dispõe de regras e regulamentos sobre armazenamento de material esterilizado?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

24 Estão acessíveis a todos os profissionais.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

25 São de fácil compreensão.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

26 São de fácil implementação.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

Em que medida concorda com as seguintes afirmações?

27 São de fácil monitorização.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

28 A ECCI/UCC dispõe de regras e regulamentos sobre prevenção do risco?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

29 Estão acessíveis a todos os profissionais.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

30 São de fácil compreensão.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

31 São de fácil implementação.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

32 São de fácil monitorização.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

Em que medida concorda com as seguintes afirmações?

33 A ECCI/UCC dispõe de um manual de acolhimento e integração de novos profissionais?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

34 Está acessível a todos os profissionais.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

35 É de fácil compreensão.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

36 É de fácil implementação.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

37 É de fácil monitorização.

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Discordo totalmente ○ Discordo parcialmente ○ Indiferente ○ Concordo parcialmente ○ Concordo totalmente

38 É elaborado um Plano Individual de Intervenção Interdisciplinar (PIII) para cada utente?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

39 Existe uma preparação prévia de material para a prestação de cuidados?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

40 Existem profissionais em número necessário à prestação de cuidados de Qualidade?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

41 A ECCI dispõe de material adequado à prestação de cuidados?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

42 A ECCI dispõe de equipamento de proteção Individual (EPI) adequado ao risco de infeção?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

43 Os profissionais da ECCI são ensinados e treinados sobre o uso correto do equipamento de proteção individual (EPI)?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

44 Os profissionais de saúde estão capacitados para responder a situações de emergência?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

45 A ECCI dispõe de uma viatura adequada à visitação domiciliária quer para o transporte dos profissionais de saúde, quer para o cumprimento das regras e protocolos existentes?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

46 A ECCI dispõe de um Guia de acolhimento para utentes e prestadores de cuidados?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

PROCESSOS

47 É efetuada educação para a saúde aos utentes?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

48 É efetuada educação para a saúde aos cuidadores?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

49 É fornecido e explicado ao utente/prestador de cuidados o "Guia de Acolhimento da ECCI" na primeira visita domiciliária?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

50 O Plano Individual de Intervenção Interdisciplinar (PIII) é implementado?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

51 São atendidas todas as necessidades dos utentes em cuidados de saúde?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

52 O manual de acolhimento a novos profissionais é fornecido na primeira semana de integração?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

53 O transporte e acondicionamento do material esterilizado são feitos no cumprimento das normas estabelecidas?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

54 A higiene das mãos é feita no cumprimento das normas estabelecidas?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

55 O equipamento de proteção Individual é colocado e retirado de acordo com as normas de prevenção e controlo da infeção?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

56 As regras e regulamentos sobre transporte e acondicionamento dos resíduos são cumpridas?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

57 As regras e regulamentos sobre prevenção do risco são cumpridas?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Nunca ○ Raramente ○ Às vezes ○ Quase sempre ○ Sempre

58 O que mudou na sua prática com a pandemia por SARS-CoV-2 no que respeita à prevenção e controlo da infeção?

Instruções da pergunta: *Selecione uma ou mais respostas*

- ☐ Utilizo EPI mais vezes
- ☐ Utilizo EPI menos vezes
- ☐ Cumpro mais vezes as regras e regulamentos sobre higiene das mãos
- ☐ Cumpro menos vezes as regras e regulamentos sobre higiene das mãos
- ☐ Utilizo mais solução antissética de base alcoólica (SABA)
- ☐ Utilizo menos solução antissética de base alcoólica (SABA)
- ☐ Utilizo mais vezes máscara FFP2
- ☐ Utilizo menos vezes máscara FFP2
- ☐ Cumpro mais vezes as regras e regulamentos sobre transporte e acondicionamento dos resíduos
- ☐ Cumpro menos vezes as regras e regulamentos sobre transporte e acondicionamento dos resíduos
- ☐ Cumpro mais vezes as regras e regulamentos sobre prevenção do risco
- ☐ Cumpro menos vezes as regras e regulamentos sobre prevenção do risco
- ☐ Nada
- ☐ Outra... _____

RESULTADOS

59 Conhece o indicador de resultados nº 292: "Taxa de ocupação da ECCI"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

60 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no Índice de Desempenho Global (IDG)?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

61 Conhece o indicador de resultados nº 281: "Número médio de visitas domiciliárias por utente, por mês"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

62 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

63 Conhece o indicador de resultados nº 279: "Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem ao fim-de-semana e feriado"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

64 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

65 Conhece o indicador de resultados nº 280: "Proporção de utentes com avaliação pela equipa multidisciplinar nas primeiras 48h"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

66 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

67 Conhece o indicador de resultados nº 387: "Proporção de utentes com melhorias funcionais"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

68 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

69 Conhece o indicador de resultados nº 376: "Proporção de utentes com ganho na gestão do stress do prestador de cuidados"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

70 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

71 Conhece o indicador de resultados nº 367: "Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

72 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

73 Conhece o indicador de resultados nº 388: "Proporção de utentes com melhoria no controlo de sintomas"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

74 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

75 Conhece o indicador de resultados nº 329: "Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na Gestão do Regime Terapêutico"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

76 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

77 Conhece o indicador de resultados nº 284: "Proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

78 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

79 Conhece o indicador de resultados nº 285: "Taxa de efetividade na prevenção de úlceras pressão"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

80 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

81 Conhece o indicador de resultados nº 377: "Proporção de úlceras de pressão melhoradas"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

82 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

83 Conhece o indicador de resultados nº 287: "Taxa de incidência de úlcera pressão na ECCI"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

84 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

85 Conhece o indicador de resultados nº 290: "Proporção de utentes com melhoria na dependência no autocuidado"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

86 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

87 Conhece o indicador de resultados nº 289: "Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

88 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

89 Conhece o indicador de resultados nº 291: "Proporção de utentes integrados em ECCI com internamento hospitalar"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

90 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no IDG?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

91 Conhece o indicador de resultados nº 293: "Tempo médio de permanência em ECCI"?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não

92 De que forma considera esse indicador adequado para a avaliação da ECCI no Índice de Desempenho Global (IDG)?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Totalmente inadequado ○ Inadequado ○ Nem adequado nem inadequado ○ Adequado ○ Totalmente adequado

93 Para além dos indicadores suprarreferidos, sugere algum diferente e que considere ser mais adequado para a avaliação das ECCI? Se sim, qual?

COVID-19 e EQUIDADE

94 Considera que na ECCI onde colabora, antes da pandemia por SARS-CoV-2, os utentes tinham equidade no acesso aos cuidados de saúde?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

95 A que se pode dever essa falta de equidade?

Instruções da pergunta: *Pode selecionar várias respostas tendo em conta a avaliação do utente e/ou prestador de cuidados.*

- ☐ Rendimentos escassos
- ☐ Questões étnicas/raciais
- ☐ Isolamento social
- ☐ Iliteracia em Saúde
- ☐ Idade avançada
- ☐ Questões religiosas
- ☐ Barreiras linguísticas
- ☐ Número reduzido de ECCI
- ☐ Distância geográfica para os serviços de saúde
- ☐ Condições físicas da habitação
- ☐ Insuficiência de equipamentos e ajudas técnicas
- ☐ Iliteracia tecnológica
- ☐ Outra... _____

96 E durante a pandemia por SARS-CoV-2?

Instruções da pergunta: *Selecione uma resposta*

○ Sim ○ Não ○ Não sei

97 A que se pode dever essa falta de equidade?

Instruções da pergunta: *Pode selecionar várias respostas tendo em conta a avaliação do utente e/ou prestador de cuidados.*

- ☐ Rendimentos escassos
- ☐ Questões étnicas/raciais
- ☐ Isolamento social
- ☐ Iliteracia em Saúde
- ☐ Idade avançada
- ☐ Questões religiosas
- ☐ Barreiras linguísticas
- ☐ Número reduzido de ECCI
- ☐ Distância geográfica para os serviços de saúde
- ☐ Condições físicas da habitação
- ☐ Insuficiência de equipamentos e ajudas técnicas
- ☐ Iliteracia tecnológica
- ☐ Outra... _____

98 Como considera a Qualidade da ECCI onde colabora antes da pandemia por SARS-CoV-2 em termos de Estrutura (recursos e organização)?

Instruções da pergunta: *Sendo que 1 = Sem qualidade 5 = Maior qualidade possível*

☆☆☆☆☆ ☐ / 5

99 Como considera a Qualidade da ECCI onde colabora antes da pandemia por SARS-CoV-2 em termos de Processos (Cumprimento de protocolos e atuação)?

Instruções da pergunta: *Sendo que 1 = Sem qualidade 5 = Maior qualidade possível*

☆☆☆☆☆ ☐ / 5

100 Como considera a Qualidade da ECCI onde colabora antes da pandemia por SARS-CoV-2 em termos de Resultados Obtidos?

Instruções da pergunta: *Sendo que 1 = Sem qualidade 5 = Maior qualidade possível*

☆☆☆☆☆ ☐ / 5

101 Como considera a Qualidade da ECCI onde colabora durante a pandemia por SARS-CoV-2 em termos de Estrutura (recursos e organização)?

Instruções da pergunta: *Sendo que 1 = Sem qualidade 5 = Maior qualidade possível*

☆☆☆☆☆ ☐ / 5

102 Como considera a Qualidade da ECCI onde colabora durante a pandemia por SARS-CoV-2 em termos de Processos (cumprimento de protocolos e atuação)?

Instruções da pergunta: *Sendo que 1 = Sem qualidade 5 = Maior qualidade possível*

☆☆☆☆☆ ☐ / 5

103 Como considera a Qualidade da ECCI onde colabora durante a pandemia por SARS-CoV-2 em termos de Resultados Obtidos?

Instruções da pergunta: *Sendo que 1 = Sem qualidade 5 = Maior qualidade possível*

☆☆☆☆☆ ☐ / 5

Figura 4 - Instrumento de recolha de dados

4.5 Considerações éticas

A participação no estudo foi voluntária, anónima e confidencial. Não foram recolhidos dados pessoais dos inquiridos, não sendo, assim, possível qualquer identificação dos participantes.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

Para a caracterização da amostra foram recolhidos dados como sexo, idade, profissão, tempo de exercício profissional e número de horas de trabalho alocadas à ECCI por semana.

Participaram no estudo 66 profissionais: 51 (77,3%) do sexo feminino e 15 (22,7%) do sexo masculino.

Tabela 2 - Participantes no estudo por profissão e por sexo

Profissão	Sexo	Contagem de Profissão
Enfermeiro	Feminino	41
	Masculino	12
Médico	Feminino	2
	Masculino	1
Nutricionista	Feminino	3
Psicólogo	Masculino	1
Terapeuta da Fala	Feminino	1
TSSS	Feminino	4
	Masculino	1

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 25 e os 64 anos. A média de idades situa-se nos 43,09 anos (desvio-padrão = 7,69), sendo que a mediana é de 41 anos.

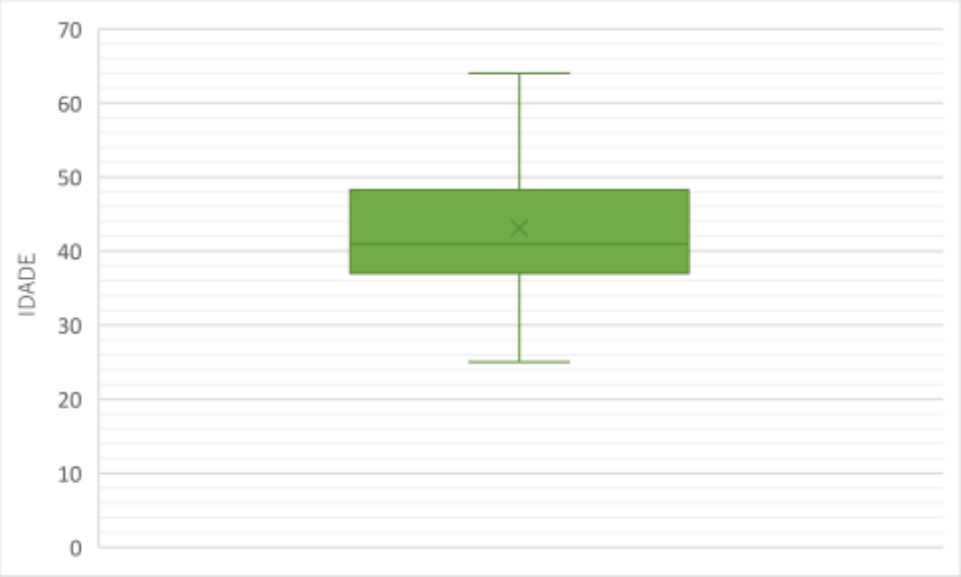

Figura 5 - Gráfico de caixa e bigodes representando a Idade dos participantes

A maioria dos participantes é representada por enfermeiros, aproximadamente 80% (n=53). Os restantes 20% correspondem a TSSS (7,58%), médicos (4,55%), nutricionistas (4,55%), um psicólogo (1,52%) e um terapeuta da fala (1,52%). Cerca de 62% dos participantes (n=41) exercem a profissão há mais de 5 anos (Tabela 3).

Tabela 3 - Participantes no estudo de acordo com o tempo de exercício profissional

Profissão	Tempo de exercício profissional	Nº profissionais	Total	Percentagem
Enfermeiro	Até 1 ano	6	53	80,30%
	Entre 2 e 4 anos	13		
	Mais de 5 anos	34		
Médico	Até 1 ano	1	3	4,55%
	Entre 2 e 4 anos	1		
	Mais de 5 anos	1		
Nutricionista	Entre 2 e 4 anos	2	3	4,55%
	Mais de 5 anos	1		
Psicólogo	Mais de 5 anos	1	1	1,52%
TSSS	Até 1 ano	1	5	7,58%

Profissão	Tempo de exercício profissional	Nº profissionais	Total	Percentagem
	Mais de 5 anos	4		
Terapeuta da Fala	Entre 2 e 4 anos	1	1	1,52

Como se pode observar no Figura 6, são os enfermeiros quem tem mais horas reservadas ao trabalho em ECCI, seguidas dos TSSS. Os restantes profissionais têm alocadas à Equipa menos de 10h por semana.

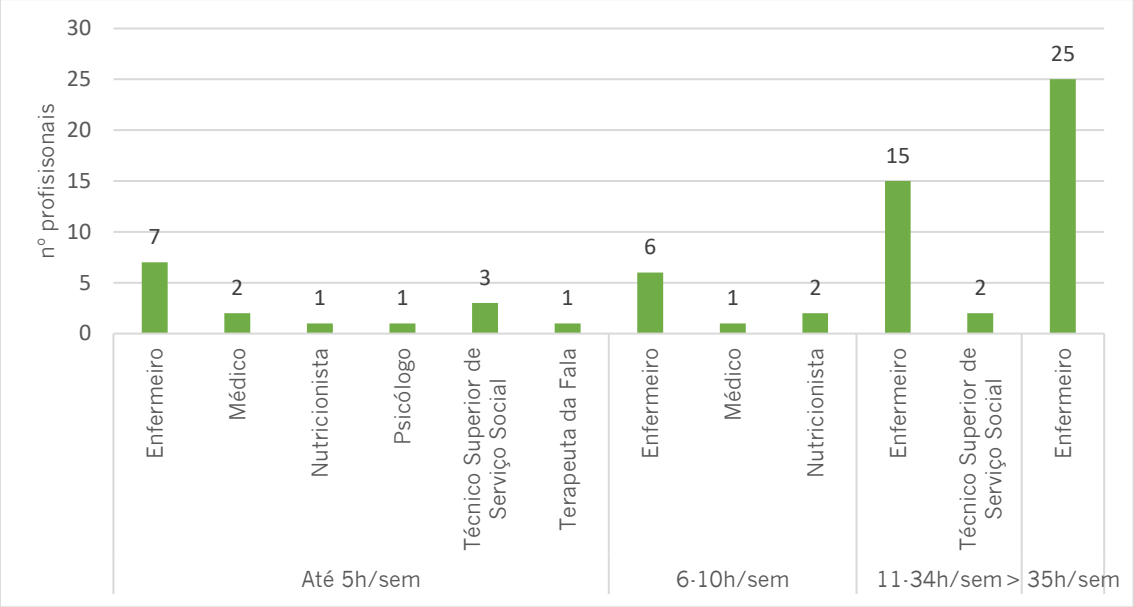

Figura 6 - Horas alocadas à ECCI por grupo profissional

5.2 Perceção dos profissionais

De seguida serão apresentados os resultados sobre a qualidade percecionada pelos profissionais de saúde relativamente aos cuidados prestados em ECCI relativamente às componentes estrutura, processo e resultados.

5.2.1 Estrutura

Os participantes foram inquiridos sobre a qualificação dos profissionais para exercer funções em ECCI.

A maioria dos participantes considerou a qualificação dos profissionais como “Muito boa” (43,94%, n=32), sendo que 92,4% (n= 61) consideraram “boa” ou “muito boa” (Figura 7).

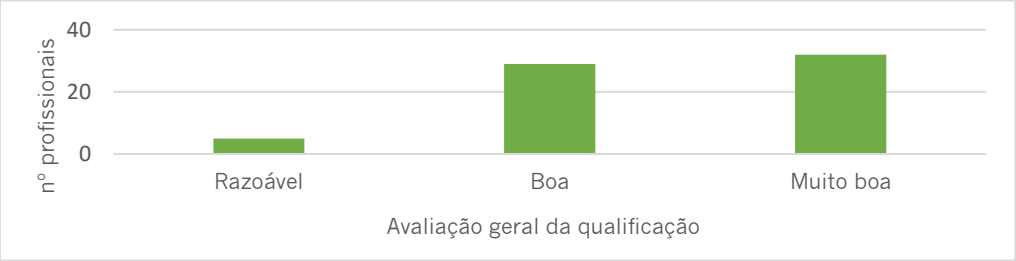

Figura 7 - Avaliação geral da qualificação dos profissionais para exercer funções em ECCI

A Tabela 4 mostra a avaliação da qualificação dos profissionais das ECCI para exercer funções, de acordo com a profissão.

Tabela 4 - Qualificação dos profissionais da ECCI de acordo com a profissão

Profissão	Qualificação profissionais	Nº profissionais
Enfermeiro	Muito boa	28
	Boa	22
	Razoável	3
Médico	Muito boa	1
	Boa	1
	Razoável	1
Nutricionista	Muito boa	1
	Boa	1
	Razoável	1
Psicólogo	Boa	1
Terapeuta da Fala	Boa	1
TSSS	Muito boa	2
	Boa	3

Os participantes foram questionados sobre a existência de regras e regulamentos sobre higiene das mãos; acondicionamento, transporte e armazenamento de lixo; protocolos de resposta a situações de emergência; armazenamento de material esterilizado; prevenção de risco; e da existência de um manual de acolhimento e integração a novos profissionais.

Na Figura 8, pode observar-se que 84,8% dos participantes (n=56) revelaram conhecimento sobre a existência de regras e regulamentos sobre higiene das mãos.

81,8% (n=54) dos inquiridos acusaram a presença de regras e regulamentos sobre acondicionamento, transporte e armazenamento de lixo;

26 pessoas (39,4%) afirmaram existir protocolos de resposta a situações de emergência.

77,3% (n=51) dos profissionais identificaram a presença de regras e regulamentos sobre armazenamento de material esterilizado. 69,7% (n=46) apontaram a presença de regras e regulamentos sobre prevenção do risco; e 81,8% (n=54), afirmaram existir na UCC/ECCI um manual de acolhimento e integração a novos profissionais.

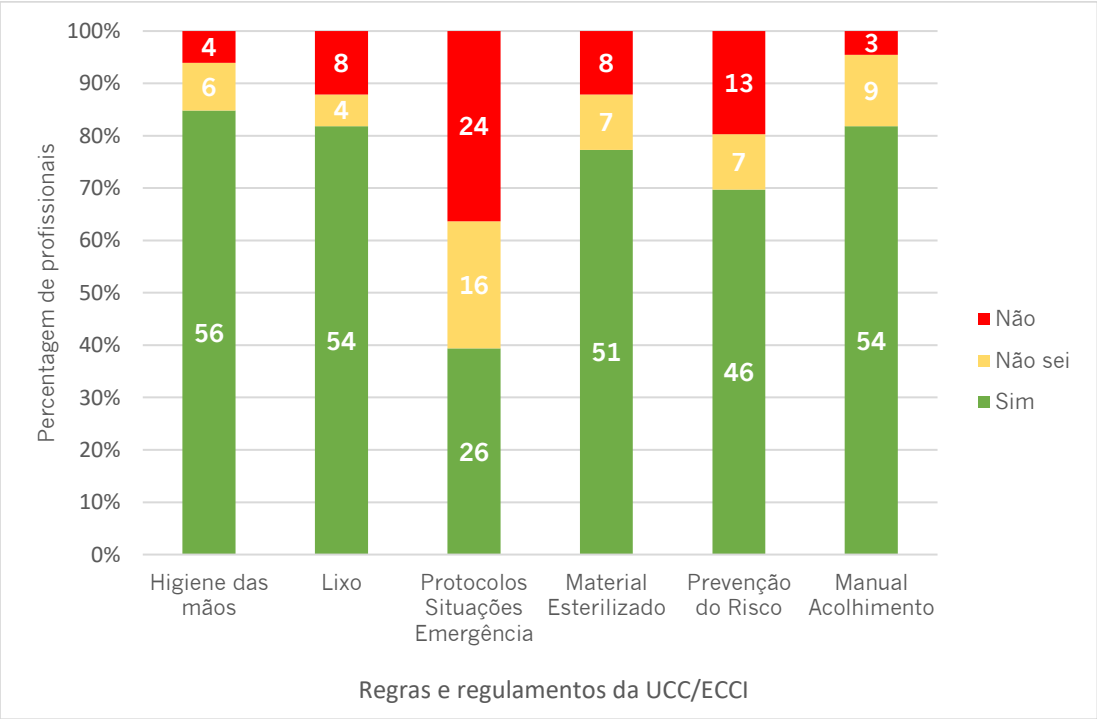

Figura 8 - Conhecimento dos participantes sobre a existência de regras e regulamentos na UCC/ECCI

Foi solicitada no questionário a avaliação dos itens supracitados quanto à sua acessibilidade, compreensão, implementação e monitorização. A Tabela 5 resume os resultados obtidos:

Tabela 5 - Classificação das regras, regulamentos, protocolos e manual de acolhimento e integração de profissionais quanto à acessibilidade, compreensão, implementação e monitorização

		Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Regras e regulamentos sobre Higiene das mãos (n=56)	Acessíveis	53	94,6%	2	3,6%	0	0,00	0	0,00%	1	1,79%
	Fácil compreensão	54	96,4%	2	3,6%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
	Fácil implementação	41	73,2%	15	26,8%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
	Fácil monitorização	19	33,9%	29	51,8%	1	0,02	6	10,71%	1	1,79%
Regras e regulamentos sobre acondicionamento, transporte e armazenamento do lixo (n=54)	Acessíveis	39	72,2%	14	25,9%	0	0,00	1	1,85%	0	0,00%
	Fácil compreensão	37	68,5%	16	29,6%	0	0,00	1	1,85%	0	0,00%
	Fácil implementação	25	46,3%	25	46,3%	0	0,00	2	3,70%	2	3,70%
	Fácil monitorização	19	35,2%	30	55,6%	1	0,02	2	3,70%	2	3,70%
Protocolos de resposta a situações de emergência (n=26)	Acessíveis	14	53,8%	11	42,3%	0	0,00	1	3,85%	0	0,00%
	Fácil compreensão	16	61,5%	10	38,5%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
	Fácil implementação	9	34,6%	17	65,4%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
	Fácil monitorização	5	19,2%	21	80,8%	0	0,00	0	0,00%	0	0,00%
Regras e regulamentos sobre aramazenamento de material esterilizado (n=51)	Acessíveis	39	76,5%	8	15,7%	2	0,04	2	3,92%	0	0,00%
	Fácil compreensão	38	74,5%	9	17,6%	2	0,04	2	3,92%	0	0,00%
	Fácil implementação	31	60,8%	16	31,4%	1	0,02	3	5,88%	0	0,00%
	Fácil monitorização	26	51,0%	20	39,2%	1	0,02	3	5,88%	1	1,96%
Regras e regulamentos sobre prevenção do risco (n=46)	Acessíveis	29	63,0%	12	26,1%	1	0,02	4	8,70%	0	0,00%
	Fácil compreensão	28	60,9%	13	28,3%	2	0,04	3	6,52%	0	0,00%
	Fácil implementação	22	47,8%	19	41,3%	2	0,04	3	6,52%	0	0,00%
	Fácil monitorização	18	39,1%	22	47,8%	2	0,04	4	8,70%	0	0,00%
Manual de acolhimento e	Acessíveis	45	83,3%	8	14,8%	0	0,00	1	1,85%	0	0,00%
	Fácil compreensão	42	77,8%	11	20,4%	1	0,02	0	0,00%	0	0,00%

		Concordo totalmente		Concordo parcialmente		Indiferente		Discordo parcialmente		Discordo totalmente	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
integração a novos profissionais (n=54)	Fácil implementação	37	68,5%	15	27,8%	1	0,02	1	1,85%	0	0,00%
	Fácil monitorização	36	66,7%	14	25,9%	1	0,02	3	5,56%	0	0,00%

Os participantes foram, igualmente, convidados a responder à frequência com que alguns indicadores eram aplicados na UCC/ECCI onde exerciam funções. 78,8% (n=52) afirmaram que era elaborado "sempre" um Plano Individual de Intervenção Interdisciplinar (PIII) para cada utente.

Foi resposta de 74,2% das pessoas (n=49) que existia "sempre" uma preparação prévia do material para a prestação de cuidados.

O número de profissionais necessários à prestação de cuidados de qualidade estava "sempre" presente para 15,2% dos inquiridos (n=10) e "Quase sempre" para 37,9% (n=25). Quase metade dos inquiridos (47%) consideravam que o número necessário de profissionais estava presente "às vezes" ou ainda menos frequentemente.

O material adequado à prestação de cuidados estava "quase sempre" presente para 45,5% dos profissionais (n=30), sendo de realçar que 36,4% (n=24) considerava que dispunha de material adequado "às vezes" ou "raramente".

Relativamente à existência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequados à prevenção do risco de infeção, 87,9% (n=58) dos inquiridos afirma que existem "sempre" ou "quase sempre", mas que o ensino e o treino sobre o seu uso correto são feitos com as mesmas frequências apenas para 78,8% (n=52). 4 inquiridos, todos enfermeiros, afirmaram que o ensino e o treino no uso de EPI "raramente" ou "nunca" era feito.

A representação das respostas encontra-se no gráfico da Figura 9.

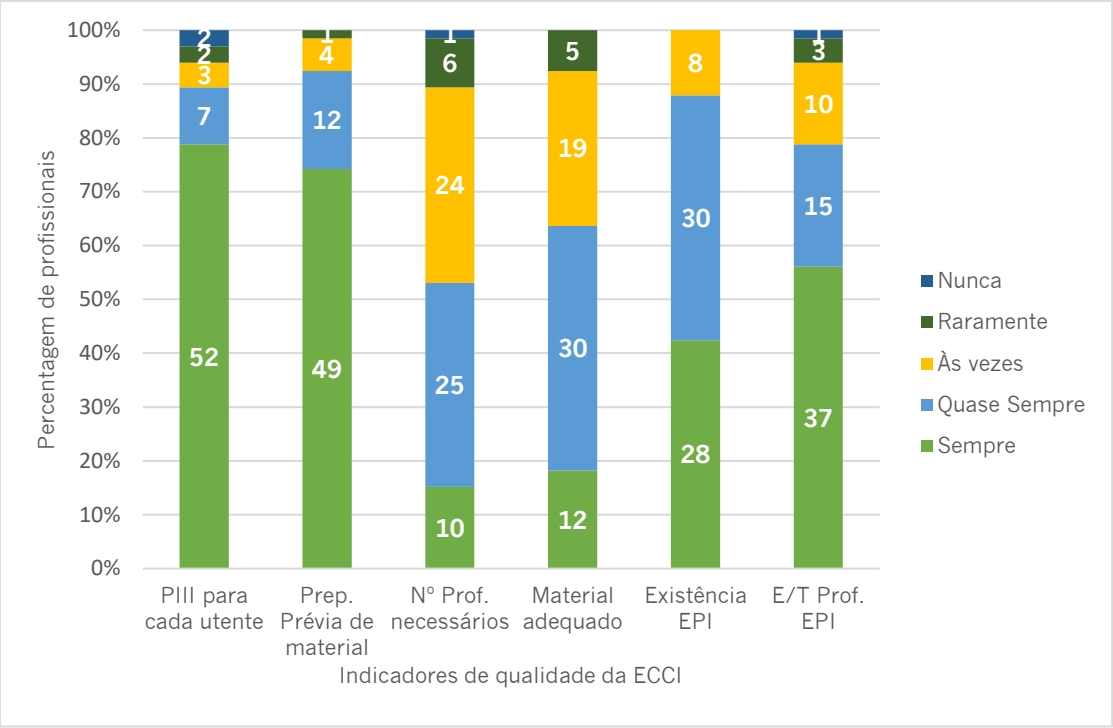

Figura 9 - Frequência da presença de alguns indicadores de qualidade (estrutura) na UCC/ECCI

Os profissionais das UCC foram ainda inquiridos sobre algumas questões a nível estrutural.

Uma das questões foi se os profissionais de saúde das UCC/ECCI estão capacitados para responder a situações de emergência. 65,2% dos inquiridos (n=43) afirmaram que sim e 15,2% (n=10) afirmaram que não. Observando as respostas de acordo com a profissão, pode-se constatar que todos os profissionais que responderam "não" são enfermeiros (os profissionais mais confrontados com situações de emergência na ECCI) (Tabela 6).

Tabela 6 - Capacidade dos profissionais para responder a situações de emergência

Capacitação para responder a situações de Emergência	Profissão	Nº Profissionais
Sim	Enfermeiro	33
	Médico	1
	Nutricionista	3
	Psicólogo	1
	Terapeuta da Fala	1

Capacitação para responder a situações de Emergência	Profissão	Nº Profissionais
	TSSS	4
Não sei	Enfermeiro	10
	Médico	2
	TSSS	1
Não	Enfermeiro	10

Quando questionados sobre se a ECCI dispõe de uma viatura adequada à visitação domiciliária quer para o transporte dos profissionais de saúde, quer para o cumprimento de regras e protocolos existentes, 65,2% dos inquiridos (n=43) afirmaram que sim.

Quanto à existência de um Guia de Acolhimento para utentes e prestadores de cuidados, quase todos os profissionais, 93,9% (n=62), afirmaram que existia na UCC/ECCI onde exerciam funções.

Em termos de Estrutura, podemos afirmar então, que a maioria dos participantes consideram que a qualificação dos profissionais para exercer funções em ECCI é boa.

A maioria dos participantes afirmou existir na UCC/ECCI onde colabora regras e regulamentos sobre higiene das mãos; acondicionamento, transporte e armazenamento de lixo; armazenamento de material esterilizado; prevenção de risco; e um manual de acolhimento e integração a novos profissionais.

Os protocolos de resposta a situações de emergência existiam apenas para pouco mais de um terço dos participantes. A maioria, no entanto, considerou que os profissionais estão capacitados a responder em situações de emergência, sendo que os que responderam que não, representam a profissão mais confrontada com essas situações, os enfermeiros.

As regras e regulamentos eram, na generalidade, acessíveis e de fácil compreensão, mas por vezes, de implementação e monitorização mais complicada.

Os recursos humanos e materiais necessários à prestação de cuidados de qualidade nem sempre estavam presentes. Existia quase sempre Equipamentos de Proteção Individual adequados à

prevenção do risco de infeção, mas para alguns enfermeiros, o ensino e treino do seu uso correto raramente era feito.

5.2.2 Processo

Relativamente à componente Processo, os profissionais foram questionados quanto à frequência com que realizavam determinados processos potenciadores da qualidade.

Quando questionados com que frequência na ECCI é efetuada Educação para a Saúde (EPS) aos utentes, 81,8% dos participantes (n=54) responderam "sempre". Quando colocada a mesma pergunta relativa aos cuidadores, a percentagem foi de 84,8% (n=56).

Quando inquiridos sobre se "o Guia de Acolhimento da ECCI" era fornecido e explicado na primeira visita domiciliária, 93,9% das pessoas (n=66) responderam "sempre" ou "quase sempre".

Na questão que se refere à frequência com que o Plano Individual de Intervenção Interdisciplinar era implementado 66,7% (n=44) responderam "sempre". Uma pessoa respondeu "raramente" e outra respondeu "nunca", ambos enfermeiros.

Na questão "são atendidas todas as necessidades dos utentes em cuidados de saúde?", a maioria, 66,7% (n=44) respondeu "quase sempre" e 24,2% (n=16) respondeu "sempre".

Quanto à entrega do Manual de Acolhimento a novos profissionais ser fornecido na primeira semana, 60,6% dos inquiridos (n= a 40) afirma ser "sempre", embora haja 4 pessoas (6,1%) que tenham respondido "nunca": 3 enfermeiros e 1 Técnico Superior de Serviço Social.

No que concerne ao transporte e acondicionamento de material esterilizado, apenas 54,5% das pessoas (n=36), afirma que as regras estabelecidas são "sempre" cumpridas.

Relativamente à higiene das mãos 95,5% dos participantes a maioria diz que as normas são "sempre" ou "quase sempre" cumpridas.

As normas de colocação e retirada dos Equipamentos de Proteção Individual para o controlo de infeção são "sempre" cumpridas para 60,6% das pessoas (n=40) e "quase sempre" para 33,3% (n=22).

No que respeita ao transporte e acondicionamento de resíduos, um enfermeiro afirmou que as regras e regulamentos estabelecidos "nunca" eram cumpridos, e três afirmaram que eram cumpridos "raramente". 43,9% dos inquiridos afirmou que eram "sempre" cumpridos.

Por último, relativamente à prevenção do risco, 45,5% dos participantes (n=30) respondeu que as regras e os regulamentos eram "sempre" cumpridos.

O gráfico da Figura 10 resume as respostas dadas pelos inquiridos.

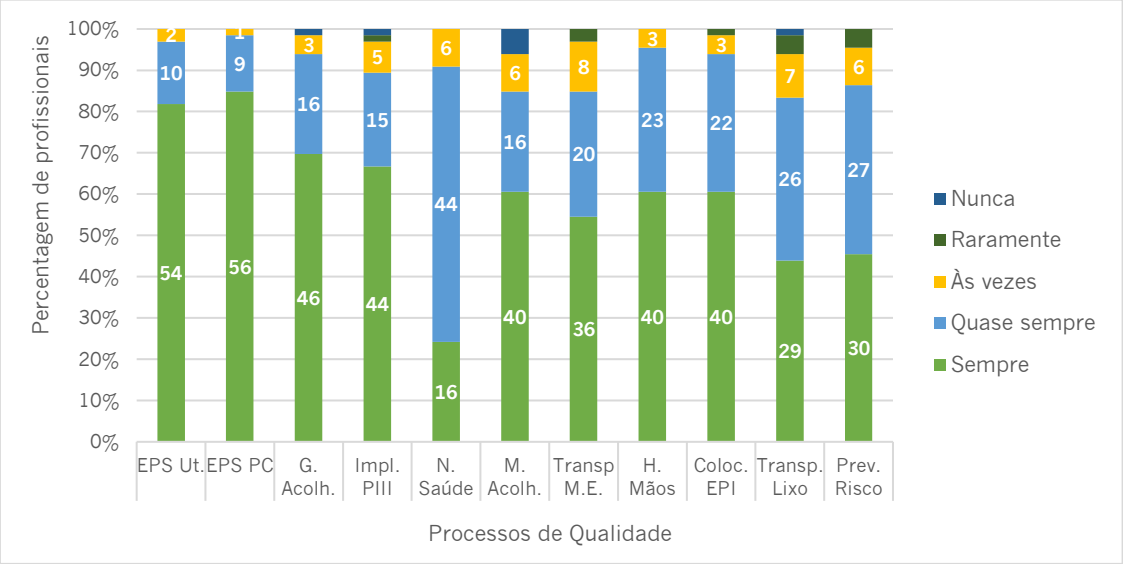

Figura 10 - Frequência de realização dos processos potenciadores de Qualidade

A componente "Processo", representa os meios para se alcançarem resultados de qualidade. A educação para a saúde parece ser uma atividade sempre presente no trabalho dos profissionais de saúde em ECCI, embora com ligeiramente maior incidência a nível dos cuidadores do que dos utentes. Isto pode dever-se ao facto de os utentes da ECCI serem a maioria das vezes dependentes, com patologias crónicas múltiplas e com alguma deterioração cognitiva, o que poderá dificultar o processo de aprendizagem. Quando realizado, o PIII nem sempre era implementado.

Relativamente às regras e regulamentos de prevenção de infeção, nomeadamente, a higiene das mãos e a colocação e retirada dos EPI, parece haver cumprimento na esmagadora maioria das vezes. O cumprimento parece existir menos quando se trata do transporte e acondicionamento do material esterilizado e dos resíduos. Tanto num caso como noutro, este facto pode merecer preocupação, já que o não cumprimento "sempre" das regras e regulamentos aumenta

exponencialmente o risco de infeção. As regras e regulamentos de prevenção do risco, parecem ser cumpridos a maioria das vezes.

Por último, os participantes foram questionados sobre o que teria mudado na sua prática com o surgimento da pandemia por SARS-CoV-2 no que respeita à prevenção e controlo da infeção.

Como podemos observar no gráfico da Figura 11, a maioria dos inquiridos afirma ter utilizado EPI mais vezes (92,4%), cumpre mais vezes a higiene das mãos (51,5%), utiliza mais Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA) (68,2%) e utiliza mais vezes máscara com *Filtering* Facepiece (FFP) 2 (84,8%). 33,3 % dos profissionais cumpre mais vezes as regras e regulamentos sobre transporte e acondicionamento de resíduos e metade cumpre mais vezes regras e regulamentos sobre prevenção do risco.

Nenhum participante referiu ter utilizado EPI menos vezes, cumprir menos vezes a higiene das mãos, utilizar menos vezes SABA ou máscara FFP2, cumprir menos vezes as regras e regulamentos sobre o transporte e acondicionamento de resíduos ou sobre prevenção do risco (Figura 11).

A pandemia veio, assim, aumentar a preocupação com o cumprimento das regras e regulamentos de prevenção de infeção por parte dos profissionais das ECCI.

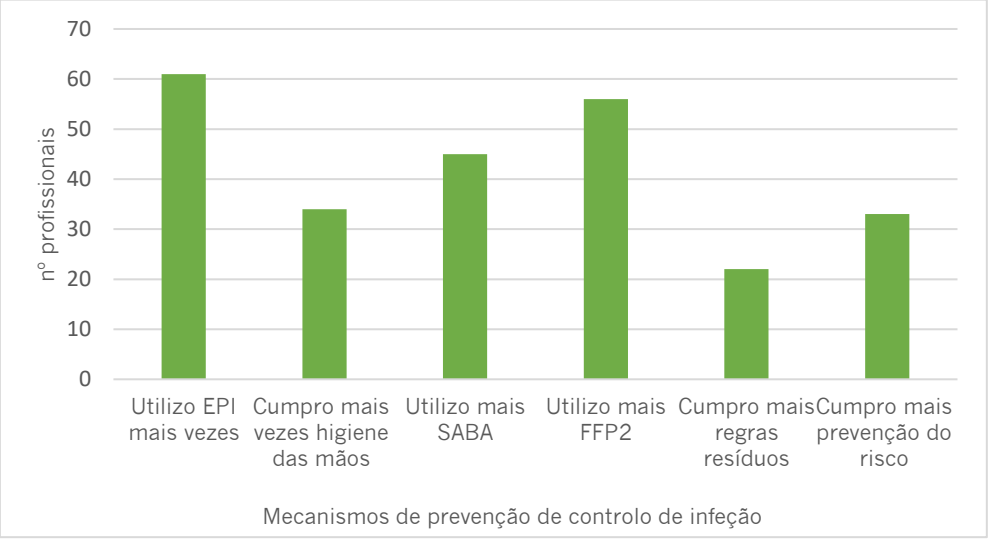

Figura 11 - Mudança na prática de controlo de infeção com a pandemia por SARS-CoV-2 por parte dos profissionais de saúde das ECCI

5.2.3 Resultados

Relativamente à componente "resultados" na avaliação da qualidade pelos profissionais de saúde, os participantes foram questionados se conheciam os indicadores do BI-CSP diretamente relacionados com o trabalho dos profissionais nas ECCI.

Como se pode constatar no gráfico da Figura 12, a esmagadora maioria dos profissionais afirma conhecer todos indicadores de resultados da ECCI, de entre eles todos os médicos que participaram no estudo (n=3) e 50 enfermeiros. Apenas 1 nutricionista e 1 TSSS afirmaram não conhecer nenhum dos indicadores referidos.

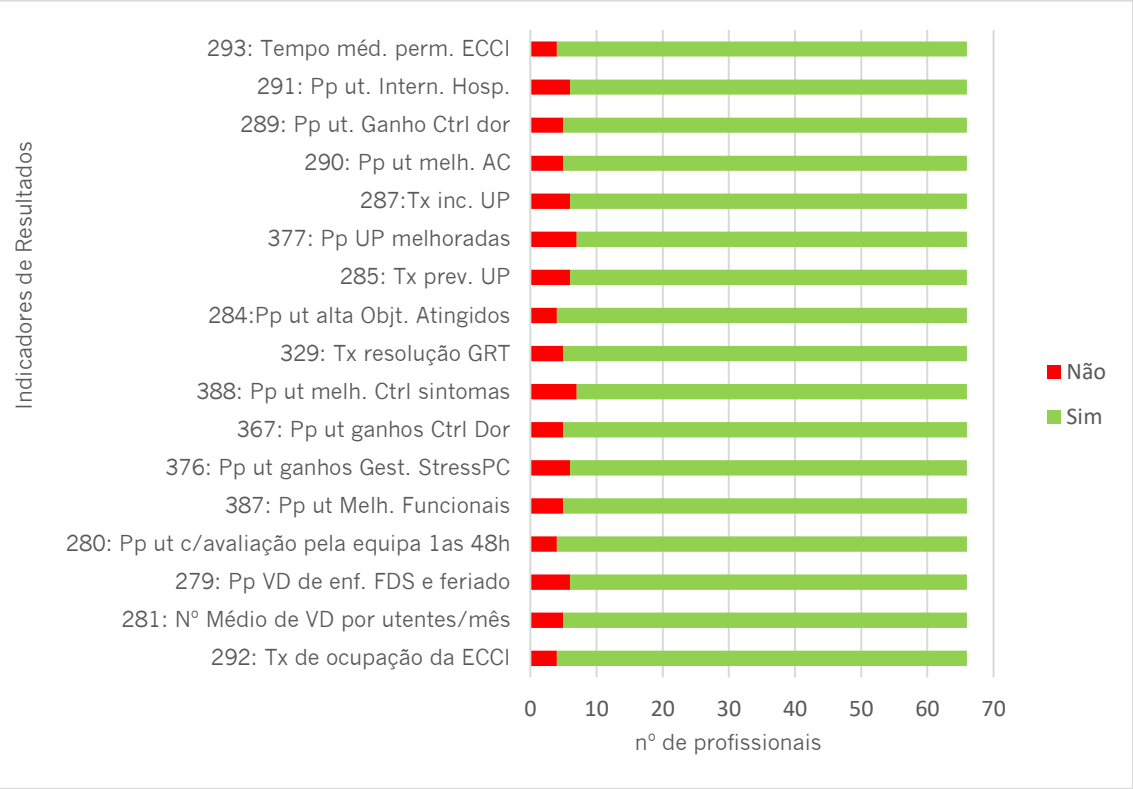

Figura 12 - Conhecimento sobre a existência dos indicadores de resultados da ECCI

Seguidamente, foi pedida a avaliação de cada indicador conhecido, quanto à sua adequação.

Relativamente à subárea "Acesso" o indicador n°292 – Taxa de ocupação da ECCI, foi considerado por 54,8% dos participantes (n= 34) "Inadequado" ou "totalmente Inadequado". No que respeita ao indicador 281 – Número médio de visitas domiciliárias por utentes por mês, 59% dos profissionais (n=36) considerou-o "Totalmente adequado" ou "Adequado". Observando a

avaliação do indicador 297 – Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem ao fim-de-semana e feriado, verifica-se que apenas 36,7% das pessoas (n=22) o consideram "Totalmente adequado" ou "adequado". No que concerne o indicador 280 – Proporção de utentes com avaliação pela equipa multidisciplinar nas primeiras 48 horas, 71% dos participantes (n=44) consideravam ser "Totalmente adequado" ou "Adequado".

Na subárea "Gestão da Doença" no indicador 387 – Proporção de utentes com melhorias funcionais, apenas 9 participantes (14,8%), o consideraram como "Inadequado" ou "Totalmente Inadequado". Relativamente ao indicador 376 – Proporção de utentes com ganho na gestão do stress do prestador de cuidados, 13,3% (n=8) considerou-o "Totalmente adequado" e 51,7% (n=31) "Adequado". Nos indicadores de resultado na abordagem paliativa, no nº 367 – Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor, 83,6% dos profissionais (n=51) consideraram-no "Totalmente adequado" ou "adequado". No indicador 388 – Proporção de utentes com melhoria no controlo de sintomas, 25,4% (n=15) dos profissionais consideraram-no "Totalmente adequado" e 52,5% (n=31), "Adequado".

Na dimensão "Doença Crónica", no indicador 329 – Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na gestão do regime terapêutico", 73,8% dos inquiridos (n=45) avaliaram-no como "Totalmente adequado" ou "Adequado".

Relativamente aos indicadores da dimensão "ECCI", no indicador 284 – Proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos", metade dos participantes que o conheciam classificou-o como "Adequado" (n=31) e 24,2% como "Totalmente adequado".

No que respeita ao indicador 285 – Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão a percentagem de inquiridos que o considera "Totalmente adequado" é de 18,3% (n=11) e "Adequado" de 43,3% (n=26). Já no indicador 377 – Proporção de úlceras de pressão melhoradas, a percentagem de participantes que o considera "Adequado" é de 67,8% (n=40) e 2 pessoas (3,4%) considera-o, até, "Totalmente adequado". Ainda na área das úlceras de pressão, o indicador 287 – Taxa de incidência de úlceras de pressão é considerado "Totalmente adequado" ou "Adequado" para 30 pessoas, metade dos inquiridos que afirmaram conhece-lo.

No que concerne o indicador 290 – Proporção de utentes com melhoria na dependência no autocuidado, 44,3% (n= 27) considerou-o "Adequado", sendo que 14,8% (n=9) considerou-o "Totalmente adequado".

Ainda na dimensão ECCI, relativamente ao indicador 289 – Proporção de utentes com ganhos no controlo da dor, a maioria dos participantes, 80,3%, considerou-o "Totalmente adequado" ou "Adequado".

Quando questionados sobre a adequação do indicador 291 – Proporção de utentes integrados em ECCI com internamento hospitalar, 25% dos inquiridos (n=15) respondeu que era "Totalmente inadequado" e 28,3% (n=17) que era "inadequado".

Por último, relativamente ao indicador 293 – Tempo médio de permanência em ECCI, 8,1% dos profissionais (n=5) considerou-o "Totalmente inadequado", 25,8% (n=16) "inadequado" e 29,0% (n=18) "Nem adequado nem inadequado".

A Tabela 7 resume os resultados da avaliação pelos profissionais da adequação de cada indicador.

Tabela 7 - Avaliação dos indicadores de resultado do BI-CSP quanto à sua adequação

		Totalmente adequado		Adequado		Nem adequado nem inadequado		Inadequado		Totalmente inadequado	
Indicador	n total	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
292: Tx de ocupação da ECCI	62	1	1,6%	13	21,0%	14	22,6%	24	38,7%	10	16,1%
281: Nº Médio de VD por utentes/mês	61	3	4,9%	33	54,1%	14	23,0%	7	11,5%	4	6,6%
279: Pp VD de enf. FDS e feriado	60	2	3,3%	20	33,3%	15	25,0%	15	25,0%	8	13,3%
280: Pp ut c/avaliação pela equipa 1as 48h	62	15	24,2%	29	46,8%	7	11,3%	8	12,9%	3	4,8%
387: Pp ut Melh. Funcionais	61	16	26,2%	27	44,3%	9	14,8%	8	13,1%	1	1,6%
376: Pp ut ganhos Gest. StressPC	60	8	13,3%	31	51,7%	9	15,0%	9	15,0%	3	5,0%
367: Pp ut ganhos Ctrl Dor	61	19	31,1%	32	52,5%	6	9,8%	4	6,6%	0	0,0%
388: Pp ut melh. Ctrl sintomas	59	15	25,4%	31	52,5%	10	16,9%	2	3,4%	1	1,7%
329: Tx resolução GRT	61	9	14,8%	36	59,0%	8	13,1%	6	9,8%	2	3,3%
284: Pp ut alta Objt. Atingidos	62	15	24,2%	31	50,0%	12	19,4%	3	4,8%	1	1,6%
285: Tx prev. UP	60	11	18,3%	26	43,3%	6	10,0%	9	15,0%	8	13,3%

		Totalmente adequado		Adequado		Nem adequado nem inadequado		Inadequado		Totalmente inadequado	
Indicador	n total	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
377: Pp UP melhoradas	59	2	3,4%	40	67,8%	7	11,9%	2	3,4%	8	13,6%
287: Tx inc. UP	60	4	6,7%	26	43,3%	9	15,0%	13	21,7%	8	13,3%
290: Pp ut melh. AC	61	9	14,8%	27	44,3%	12	19,7%	11	18,0%	2	3,3%
289: Pp ut. Ganho Ctrl dor	61	11	18,0%	38	62,3%	9	14,8%	3	4,9%	0	0,0%
291: Pp ut. Intern. Hosp.	60	1	1,7%	13	21,7%	14	23,3%	17	28,3%	15	25,0%
293: Tempo méd. perm. ECCI	62	3	4,8%	20	32,3%	18	29,0%	16	25,8%	5	8,1%

A sugestão de outros indicadores mais adequados à avaliação das ECCI partiu apenas dos enfermeiros. Um sugeriu a capacitação de estratégias adaptativas para os autocuidados, outro a proporção de capacitação de cuidadores na prestação de cuidados, outro o cumprimento de um protocolo de intervenções que possam levar à prevenção da incidência de úlceras de pressão e outro o inquérito de satisfação aos utentes e cuidadores. Houve ainda um enfermeiro que afirmou que os indicadores existentes já eram a mais.

Resumindo, a nível de "Resultados" a maioria dos profissionais de saúde afirma conhecer os indicadores presentes no BI-CSP.

Os indicadores de resultados tiverem, na generalidade, avaliação positiva por tarde dos inquiridos. Os considerados pela maioria como inadequados foram apenas os referentes à taxa de ocupação da ECCI, e à proporção de utentes com internamento hospitalar. Menos consensual foi a avaliação dos indicadores "Proporção de visitas domiciliárias de enfermagem aos fins-de-semana e feriados" e o "tempo médio de permanência em ECCI".

Tendo em conta que os enfermeiros representam o grupo profissional com mais carga horária em ECCI, é previsível que estes profissionais sejam mais atentos aos indicadores de resultados da equipa, já que a sua avaliação de desempenho também depende deles. Assim sendo, sugeriram indicadores que consideraram mais adequados para a avaliação dos ganhos em saúde tendo em conta os objetivos da ECCI, nomeadamente no âmbito do autocuidado e da prevenção de úlceras de pressão.

5.2.4 COVID-19 e Equidade

Numa breve referência à COVID-19 e à Equidade, foi solicitado aos participantes que dissessem se consideravam haver equidade no acesso aos cuidados de saúde da ECCI antes e durante a pandemia e a que se poderia dever, no caso de existir, a falta de equidade.

55 dos profissionais inquiridos (83,3%) consideraram que antes da pandemia por COVID-19 existia equidade no acesso à ECCI, 4 responderam que "não" (6,1%) (Figura 13).

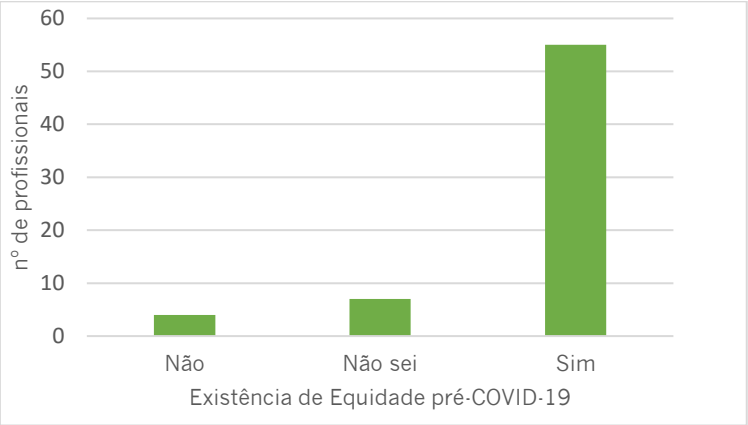

Figura 13 - Perceção dos profissionais sobre a existência de equidade pré-COVID-19

Dos profissionais que responderam "não", 3 são enfermeiros e é 1 médico. Todos têm mais de 2 anos de experiência profissional. (Tabela 8).

Tabela 8 - Profissionais que responderam "não" de acordo com a experiência profissional

Equidade pré COVID	Profissão	Tempo de exercício profissional	Nº de Profissionais
Não	Enfermeiro	Entre 2 e 4 anos	2
		Mais de 5 anos	1
	Médico	Entre 2 e 4 anos	1

A que poderia, então, dever-se a falta de equidade? Antes da pandemia por COVID-19, segundo os participantes, poderia essencialmente dever-se à iliteracia em saúde (n=3) (Figura 14). Para além dos fatores sugeridos, 2 enfermeiros apontaram a burocracia no processo de referenciação como outro fator de iniquidade.

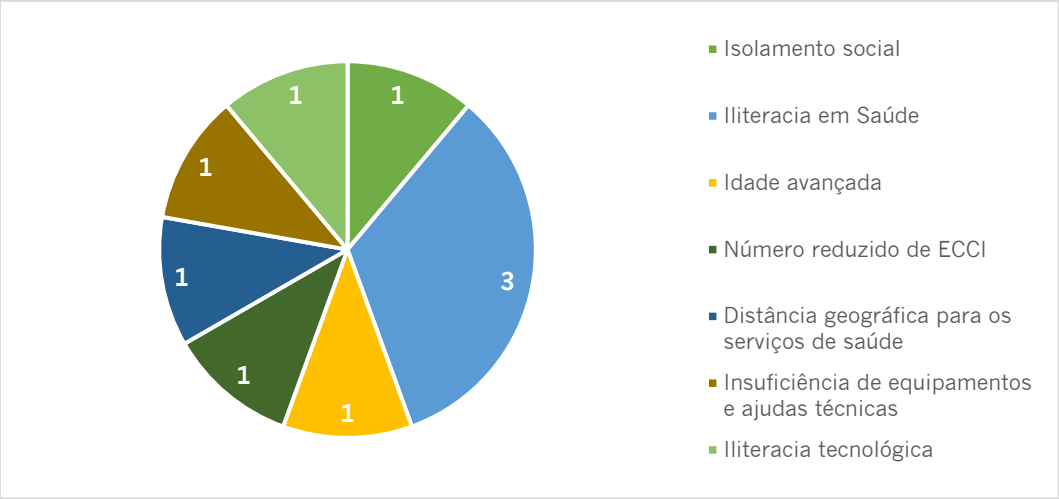

Figura 14 - Razões para a falta de equidade antes da pandemia por COVID-19

Durante a pandemia por COVID-19 a percentagem de pessoas a afirmar que não existia equidade sobe para os 21,2% (n=14) (Figura 15).

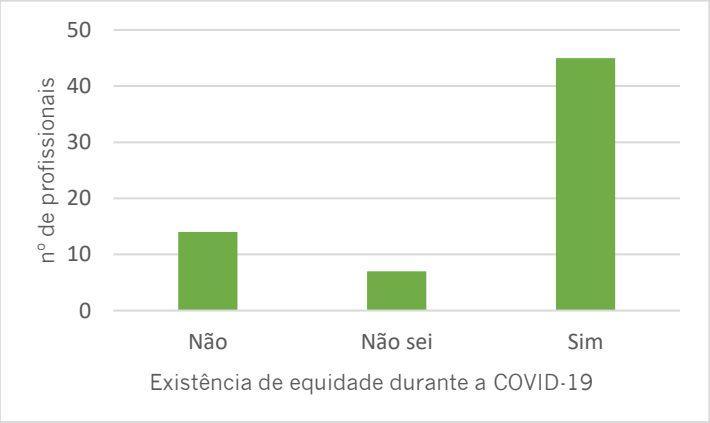

Figura 15 - Perceção dos profissionais sobre a existência de equidade durante a COVID-19

Dos profissionais que responderam "não", 12 são enfermeiros, 1 é médico e 1 é TSSS. Apenas 1 profissional que respondeu "não" tem menos de 2 anos de experiência profissional (tabela 8).

Tabela 9 - Profissionais que responderam "não" de acordo com a experiência profissional

Equidade durante COVID	Profissão	Tempo de exercício profissional	Nº Profissionais
Não	Enfermeiro	Até 1 ano	1
		Entre 2 e 4 anos	3
		Mais de 5 anos	8
	Médico	Entre 2 e 4 anos	1
	TSSS	Mais de 5 anos	1

No caso de resposta negativa, a falta de equidade poderia dever-se, essencialmente, à iliteracia em saúde (n=7), ao isolamento social (n=5), e à distância geográfica para os serviços de saúde (n=5) (Tabela 9). Mais uma vez, apenas os enfermeiros sugeriram outras fatores de iniquidade: 4 abordaram problemas relacionados com a diminuição ou ausência de referenciação, 1 a suspensão de atividades por ordens superiores (privilegiando umas em detrimento de outras), 1 a ausência de enfermeiros por assistência a filhos menores, privilegiando os utentes com necessidade de cuidados ao nível da reabilitação respiratória e, por último, 1 enfermeiro abordou como fator de falta de equidade a carência de recursos humanos e materiais que pudessem responder às necessidades dos utentes no domicílio de forma diferenciada e multidisciplinar.

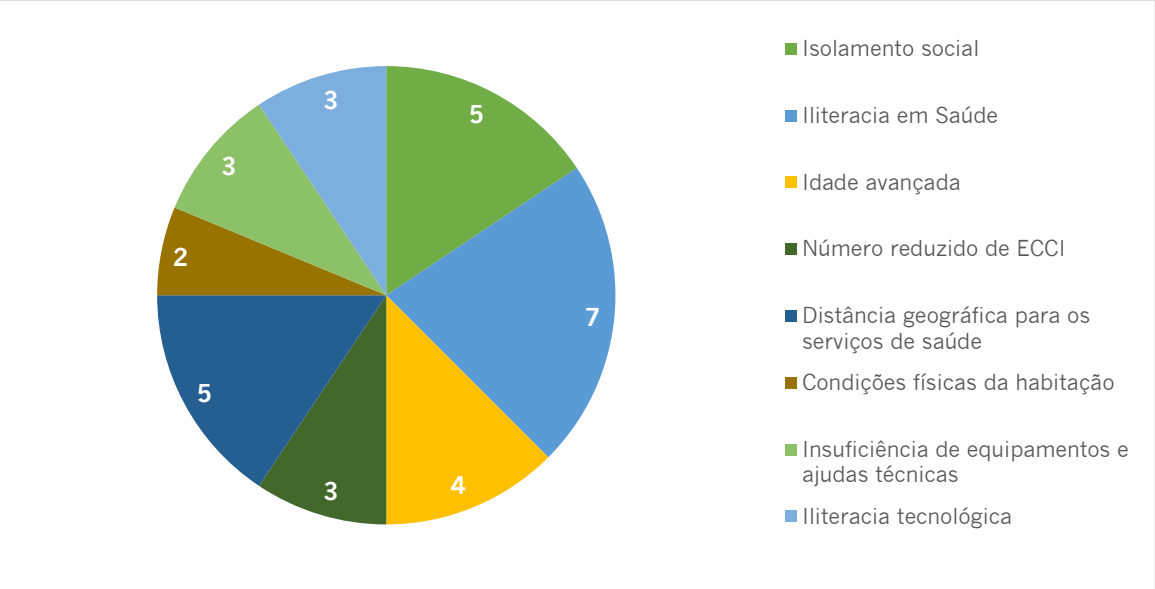

Figura 16 - Razões para a falta de equidade durante a pandemia por COVID-19

Por último, os participantes foram convidados a pontuar a qualidade da ECCI onde colaboravam de 1 a 5, sendo que 1 correspondia a "Sem qualidade" e 5 à "Maior qualidade possível". Foi pedido que o fizessem em termos de estrutura, processo e resultados antes e durante a pandemia por COVID-19.

Relativamente à qualidade da ECCI antes da pandemia por COVID-19, a média da componente "estrutura" foi de 4,1 (DP= 0,75, Mod=4, Med=4). Para a componente "processo" a média foi de 4,2 (DP=0,8 Mod=4, Med=4). Na componente "resultados" a média foi de 4,1 (DP=0,8 Mod=4, Med=4).

O gráfico da Figura 17 representa os resultados.

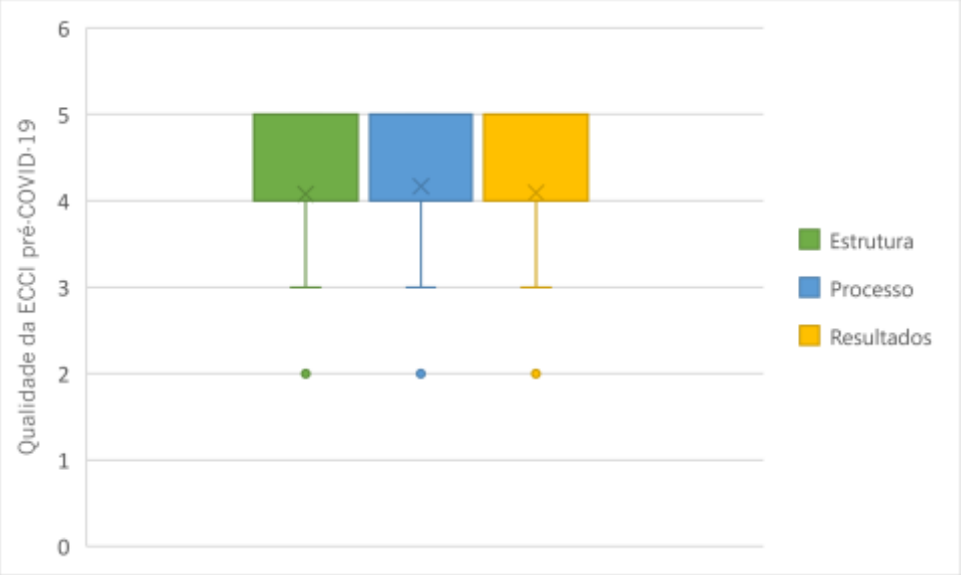

Figura 17 - Qualidade da ECCI antes da pandemia por COVID-19

No que respeita à qualidade da ECCI durante a pandemia por COVID-19, a média da componente "estrutura" foi de 3,73 (DP=0,95. Mod=4, Med=4). Para a componente "processo" a média foi de 4,06 (DP=0,84, Mod=4, Med=4). Na componente "resultados" a média foi de 4,06 (DP=0,89 Mod=4, Med=4).

A representação gráfica dos dados está na Figura 18.

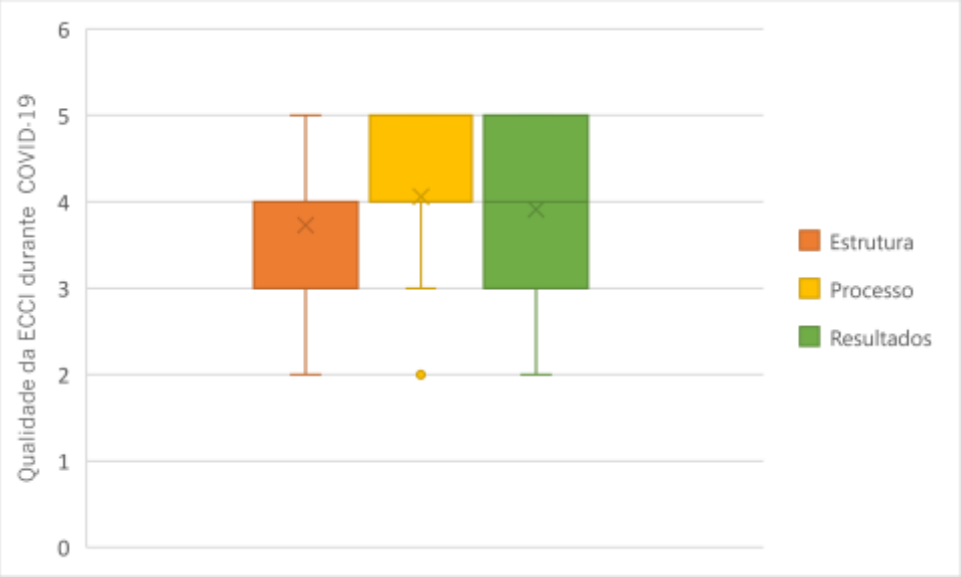

Figura 18 - Qualidade da ECCI durante a pandemia por COVID-19

Na breve abordagem feita à COVID-19 e Equidade, pôde constatar-se que os participantes consideravam haver na ECCI equidade no acesso a cuidados de saúde, sendo que terá diminuído com a pandemia devido, maioritariamente, à iliteracia em saúde, ao isolamento social e à distância geográfica dos utentes aos serviços de saúde.

Relativamente à qualidade da ECCI, a pandemia por COVID-19 também veio contribuir para a sua diminuição, principalmente nas componentes "estrutura" e resultados".

6 CONCLUSÃO

As ECCI são equipas multidisciplinares que atuam em contexto domiciliário, prestando cuidados de saúde de natureza preventiva, curativa e reabilitadora a pessoas em situação de dependência e respetivos prestadores de cuidados. O internamento em ECCI permite aos utentes serem cuidados no conforto da sua casa, libertando vagas nos hospitais. No entanto, torna-se importante perceber se os cuidados neste contexto têm qualidade.

A Qualidade em Saúde é tida, cada vez mais, como um imperativo nos nossos dias. É consensual que, para a obtenção de Qualidade em Saúde não basta apenas auscultar os utentes. Torna-se essencial perceber a perspetiva de todos os intervenientes no sistema de saúde.

Este trabalho procurou perceber a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente à qualidade dos cuidados que prestam nas ECCI e de que forma o sistema de gestão da qualidade vigente reflete essa mesma qualidade. Para tal, foi-lhes aplicado um questionário e foram analisados os resultados obtidos.

No fim do estudo pôde concluir-se que os profissionais de saúde consideram que as ECCI onde colaboram, na generalidade, têm qualidade ao nível da estrutura, de processo e de resultados. A nível da última componente, consideram a maioria dos indicadores de resultados adequados.

Os participantes consideraram, ainda, que a pandemia por COVID-19 veio trazer situações de falta de equidade no acesso a cuidados de saúde e que afeitou negativamente a qualidade dos cuidados nas ECCI.

Devo salientar, como limitações à realização do estudo, a burocracia associada a todo o processo de pedidos de autorização às diversas entidades, e a dificuldade acrescida em operacionalizar este projeto de investigação durante a pandemia.

Apesar das dificuldades, com a realização deste trabalho, penso ter contribuído, ainda que de forma modesta, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes das ECCI.

BIBLIOGRAFIA

ACSS. (2019). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_Contratualização_CSP_2019.pdf

Al Anazi, M., Al-Surimi, K., & Abu-Shaheen, A. (2020). Quality of home healthcare among Arab countries Systematic Review. *Saudi Med J*, *41*(7), 683–689. https://doi.org/10.15537/smj.2020.7.25119

Bell, N. R., Thériault, G., Singh, H., & Grad, R. (2019). Measuring what really matters: Screening in primary care. *Canadian Family Physician*, *65*(11), 790. /pmc/articles/PMC6853363/

Butler, S. M. (2020). Four COVID-19 Lessons for Achieving Health Equity. *JAMA*, *324*(22), 2245. https://doi.org/10.1001/jama.2020.23553

Constituição da República Portuguesa. (1976, April 10). *Diário Da República, Nº 86, Série I*. https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/202012231225/127954/diplomaExpandido/indice

da Silva, R. A. R., Torres, de V. G., da Silva, I. T. S., Nelson, A. R. C., Lucena, I. de A., & Costa, D. A. R. da S. (2015). Perception of users and health professionals about the quality of care provided to patients with AIDS. *Enfermeria Global*, *14*(4), 233–265. https://doi.org/10.6018/eglobal.14.4.201961

Decreto-Lei 28/2008,. (2008, February 22). *Diário Da República, Nº38,Série I*. https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized

Decreto-Lei nº 101/2006. (2006, June 6). *Diário Da República Nº 109/2006, Série I-A*. https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized

Despacho nº 5613/2015. (2015, May 27). *Diário Da República, n.º 102/2015, 2ª Série*, 13550–13553. https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1

DGS. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. In *Direção-Geral da Saúde*. http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf

DGS. (2020a). *Orientação nº 009/2020*. https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/04/Orientação_009_2020_act_17_04_2021.pdf

DGS. (2020b). *Perguntas Frequentes Categoria - COVID-19*. https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/?t=como-se-transmite-2#como-se-transmite-2

DGS. (2020c). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19).

Donabedian, A. (1987). Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review*, *Suppl*, 75. /pmc/articles/PMC4195097/

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, *83*(4), 166–203.

ERS. (2020). Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020. https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf

Fadel, M. A. V., & Filho, G. I. R. (2009). Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: Um estudo de caso. *Revista de Administracao Publica*, *43*(1), 07–22. https://doi.org/10.1590/s0034-76122009000100002

Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, Josée G.Pauly, B., Perrin, N. A., Smye, V., Wallace, B., Wong, S. T., & Browne, A. J. (2018). How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. *The Milbank Quarterly*, *96*(4), 635–671. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12349

Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D., & Fernandes, C. S. (2020). Nurses' perceptions of the quality of perioperative care. *Revista de Enfermagem Referencia*, *2020*(1), 1–14. https://doi.org/10.12707/RIV19053

Haex, R., Thoma-Lürken, T., Beurskens, A. J. H. M., & Zwakhalen, S. M. G. (2020). How do clients and (In)formal caregivers experience quality of home care? A qualitative approach. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(1), 264–274. https://doi.org/10.1111/jan.14234

Johannessen, T., Ree, E., Aase, I., Bal, R., & Wiig, S. (2020). Exploring challenges in quality and safety work in nursing homes and home care -a case study as basis for theory development. *BMC Health Services Research*. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05149-x

Johns Hopkins University & Medicine. (2020). *Home - Johns Hopkins Coronavirus Resource Center*. https://coronavirus.jhu.edu/

Kijima, T., Matsushita, A., Akai, K., Hamano, T., Takahashi, S., Fujiwara, K., Fujiwara, Y., Sato, M., Nabika, T., Sundquist, K., Sundquist, J., Ishibashi, Y., & Kumakura, S. (2021). Patient satisfaction and loyalty in Japanese primary care: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-021-06276-9

Kunkel, S., Rosenqvist, U., & Westerling, R. (2007). The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. *BMC Health Services Research*, *7*, 104. https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-104

NHS England, N. I. (2018). *A model for measuring quality care*. Online Library of Quality, Service Improvement and Redesign Tools. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/03/qsir-measuring-quality-care-model.pdf

O'neill, B., Ferrer, R., O'brien, P., Watt, G., Gottlieb, L., Pinto, A., Willems, S., Currie, J., Harriott, D., Leitch, J., Zsager, A., Kidd, M., & Kiran, T. (2020). Improving equity through primary care: Proceedings of the 2019 toronto international conference on quality in primary care. *Annals of Family Medicine*, *18*(4), 364–369. https://doi.org/10.1370/afm.2560

Odunaiya, N. A., Akinpelu, A. O., Ogwu, S., & Aje, A. (2019). Healthcare professionals' perception of quality of care of patients with cardiac disease in Nigeria: Implication for clinical guideline, inter-professional education and team work. *Malawi Medical Journal*, *31*(1), 31–38. https://doi.org/10.4314/mmj.v31i1.6

OMS. (2020a). *Coronavirus disease (COVID-19)*. Coronavirus Disease Q&As. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

OMS. (2020b). *Health Equity – Global*. https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1

OMS. (2020c). *Quality health services*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services

Paiva, A. (2018). Caring / Cuidados de Saúde Promoção do Autocuidado. In *Encontro com a ciência e tecnologia em Portugal*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://www.encontrociencia.pt/files/2018/1400_123_SF_2_Abel_Paiva_e_Silva.pdf

Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. (2017). Evolução e Destino das Pessoas Dependentes no Autocuidado: Estudo Longitudinal. *Revista Investigação Em Enfermagem*, *18*(2ª série), 37. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63436/1/Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado_estudo longitudinal_RIE nº18_fev 2017 %282%29.pdf

Pogorzelska-Maziarz, M., Chastain, A. M., Mangal, S., Stone, P. W., & Shang, J. (2020). Home Health Staff Perspectives on Infection Prevention and Control: Implications for Coronavirus Disease 2019. *Journal of the American Medical Directors Association*, *21*(12), 1782-1790.e4. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.026

Portaria 174/2014. (2014, September 10). *Diário Da República, Nº 174, 1ª Série,*. https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/56720777/details/normal?l=1

Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - A mixed method study. *BMC Health Services Research*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1

Shadmi, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hangoma, P., Hanvoravongchai, P., Obando, C., Petrosyan, V., Rao, K. D., Ruano, A. L., Shi, L., De Souza, L. E., Spitzer-Shohat, S., Sturgiss, E., Suphanchaimat, R., Uribe, M. V., & Willems, S. (2020). Health equity and COVID-19: Global perspectives. In *International Journal for Equity in Health* (Vol. 19, Issue 1, pp. 1–16). BioMed Central. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01218-z

Shang, J., Chastain, A. M., Perera, U. G. E., Dick, A. W., Fu, C. J., Madigan, E. A., Pogorzelska-Maziarz, M., & Stone, P. W. (2021). The state of infection prevention and control at home health agencies in the United States prior to COVID-19: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *115*, 103841. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103841

Simsekler, M. C. E., Alhashmi, N. H., Azar, E., King, N., Luqman, R. A. M. A., & Al Mulla, A. (2021). Exploring drivers of patient satisfaction using a random forest algorithm. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12911-021-01519-5

Sion, K., Haex, R., Verbeek, H., De Boer, B., Zwakhalen, S., Odekerken-Schröder, G., Schols, J., & Hamers, J. (2018). INDEXQUAL: A conceptual Model of Individually experienced quality of Long-Term care. *Innovation in Aging*, *2*(suppl_1), 723–724. https://doi.org/10.1093/GERONI/IGY023.2675

Tang, X., Ge, S., Ma, C., Chen, X., Pei, Y., Zhou, L., & Wu, B. (2020). Evaluating the Quality of Home Care in China Using the Home Care Quality Assessment Tool. *Journal of Transcultural Nursing*, *32*(2), 173–179. https://doi.org/10.1177/1043659620953191

Tossaint-Schoenmakers, R., Versluis, A., Chavannes, N., Talboom-Kamp, E., & Kasteleyn, M. (2021). The Challenge of Integrating eHealth Into Health Care: Systematic Literature Review of the Donabedian Model of Structure, Process, and Outcome. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(5), e27180. https://doi.org/10.2196/27180

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Política e Estratégia da Qualidade dos Cuidados Continuados*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Politica-e-Estrategia-da-Qualidade-Marco-2009.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*. https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/Guia_RNCCI.pdf

Vilela, A. C. L. (2016). Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24206

Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020). Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of Medical Virology*, *92*(4), 441–447. https://doi.org/10.1002/jmv.25689

Wei, H., Corbett, R. W., Rose, M. A., & Wei, T. L. (2019). Parents' and healthcare professionals' perceptions of the quality of care: A PITSTOP model of caring. *Nursing Forum*, *54*(4), 661–668. https://doi.org/10.1111/nuf.12391

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. *2*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf