

“O todo é maior do que a soma das partes.”

Max Wertheimer

AGRADECIMENTO

O meu especial agradecimento à Professora Doutora Manuela Teixeira e à Professora Mestre Maria do Carmo Rocha, por toda a dedicação, incentivo e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso e, principalmente, por me ensinarem, com o seu exemplo, a querer alcançar o rigor e a excelência.

À minha família e amigos, pelas diferentes razões que cada um tão bem conhece.

A todos os que de alguma forma, mas no melhor das suas capacidades, contribuíram e colaboraram para que este estudo fosse possível.

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ANAES - *Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé*

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro

AVD- Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DH - *Department of Health*

DHSSPS - *Department of Health, Social Services and Public Safety*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECR – Equipa Coordenadora Regional

EGA- Equipa de Gestão de Altas

IAI – Instrumento de Avaliação Integrado

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

JCI - *Joint Commission International*

LTC – *Long-term Care*

MS – Ministério da Saúde

MTSS- Ministério do Trabalho e da Segurança Social

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDS – Plataforma de Dados em Saúde

PII – Plano Individual de Intervenção

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UE – União Europeia

UC - Unidade de Convalescença

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMCCI – Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UP – Unidade de Paliativos

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: UM NOVO DESAFIO	16
1.1 Concetualização dos Cuidados Continuados	17
1.2 Enquadramento e Organização da Rede	20
2. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ÂMBITO DA RNCCI	30
2.1 Equipa de Cuidados Continuados Integrados	32
3. QUALIDADE NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	38
3.1 Importância da Qualidade nos Cuidados Continuados Integrados	39
3.2 Medição da Qualidade dos Cuidados Continuados Integrados	42
3.3 Instrumentos de Medida.....	45
4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE APOIO À ECCI.....	48
4.1 Justificação e Objetivos do Estudo	48
4.2 Metodologia.....	51
4.2.1 Procedimento	54
4.3 Aspetos Éticos da Investigação	58
4.4 Resultados	60
4.5 Discussão dos Resultados	95
CONCLUSÃO	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXO I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em trabalho de investigação.....	114
ANEXO II – Instrumento Inicial	118

ANEXO III – Guião para o Instrumento de Apoio de Equipas Domiciliárias da RNCCI	128
ANEXO IV – Instrumento Final.....	146
ANEXO V – Análise de Dados Estatísticos	154

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Evolução do número de ECCI	49
TABELA 2: Critérios de determinação do grau de consenso.....	52
TABELA 3: Painel de peritos por área.....	57
TABELA 4: Revisão da literatura	60
TABELA 5: Evolução do painel de peritos por área e por etapa	61
TABELA 6: Parâmetros identificativos	61
TABELA 7: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo aos dados identificativos	62
TABELA 8: Parâmetros de organização e gestão	63
TABELA 9: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à organização e gestão	65
TABELA 10: Parâmetros de gestão de parcerias	66
TABELA 11: Número de participantes, concordância e grau de consenso relativos à gestão de parcerias	67
TABELA 12: Parâmetros de garantia da qualidade	67
TABELA 13: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos à garantia da qualidade	69
TABELA 14: Parâmetros de recursos humanos	69
TABELA 15: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos aos recursos humanos	70
TABELA 16: Parâmetros de instalações, equipamentos e dispositivos	70
TABELA 17: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos às instalações, equipamentos e dispositivos	71
TABELA 18: Parâmetros de controlo da infeção e gestão de resíduos	72
TABELA 19: Número de participantes, concordância e grau de consenso relativos ao controlo da infeção e gestão de resíduos	74
TABELA 20: Parâmetros de registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos	74
TABELA 21: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos ao registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos	75
TABELA 22: Parâmetros de formação em contexto de trabalho.....	75
TABELA 23: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à formação em contexto de trabalho.....	76
TABELA 24: Parâmetros de acesso e continuidade de cuidados e serviços.....	77
TABELA 25: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos ao acesso e continuidade de cuidados e serviços.....	79
TABELA 26: Parâmetros de informação e comunicação com o utente	80
TABELA 27: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à informação e comunicação com o utente	83
TABELA 28: Parâmetros de direitos do utente e promoção da autonomia	83
TABELA 29: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos aos direitos do utente e promoção da autonomia.....	84
TABELA 30: Parâmetros de cuidados e serviços ao utente	85

TABELA 31: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos aos cuidados e serviços ao utente	88
TABELA 32: Parâmetros de gestão do processo de cuidados e da informação	88
TABELA 33: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à gestão do processo de cuidados e da informação	90
TABELA 34: Parâmetros de cuidados paliativos	91
TABELA 35: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos a cuidados paliativos.....	93
TABELA 36: Parâmetros de avaliação da satisfação e dos resultados	94
TABELA 37: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos à avaliação da satisfação e dos resultados	94

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Cronologia do estudo	58
--------------------------------------	----

RESUMO

Os sistemas de saúde, no seio de reformas que garantem acesso, qualidade e sustentabilidade, caminham para uma pirâmide de base larga, onde se encontram respostas sediadas na comunidade e de proximidade (Nogueira, 2009). O presente estudo procurou responder à necessidade da existência de um instrumento de apoio às equipas domiciliárias, criando-o. Para tanto, foi revista a literatura científica disponível e analisadas as orientações, diretrizes e *standards* para a prestação de cuidados das equipas domiciliárias emanadas pelas organizações internacionais consideradas de referência na área da qualidade dos cuidados de saúde, para identificação dos parâmetros relevantes para a sua organização e funcionamento. Para alcançar os objetivos foi realizado um estudo de natureza quantitativa e de caráter descritivo e exploratório para identificar um conjunto de critérios consensuais e relevantes da atividade da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Como método de colheita de dados, usou-se a técnica de Delphi, reunindo-se enfermeiros peritos a nível nacional, com trabalho reconhecido em cuidados continuados integrados e inseridos em, pelo menos, uma das equipas (Equipa de Coordenação Regional, Equipa de Coordenação Local e ECCI), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou da Unidade de Cuidados na Comunidade de cada uma das regiões do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e do Algarve. Através desta técnica, obteve-se, em termos globais, um grau de consenso muito elevado, permitindo, face aos critérios apresentados, a elaboração de um instrumento final. Procurou-se através do estudo científico, o desenvolvimento de uma ferramenta de gestão que, perante uma problemática de contexto de trabalho, permite um processo de melhoria da atuação em equipa e dos resultados, também em termos de qualidade e satisfação dos profissionais e dos utentes.

Palavras-chave: Cuidados continuados integrados; cuidados domiciliários; gestão da qualidade; gestão de enfermagem

SUPPORTING INSTRUMENT FOR THE CONTINUOUS INTEGRATED CARE'S TEAM

ABSTRACT

Health systems, within reforms that insure access, quality and sustainability, are moving towards a wide base pyramid, allowing to find answers based in community and proximity (Nogueira, 2009). The present study sought to answer the need of a supporting instrument to the domiciliary teams, creating it. To do so, available scientific literature was revised and analyzed domiciliary teams orientations, guidelines and standards of care emanated from relevant international organizations about quality in health care, to identify the significant parameters to its organization and operation. To achieve the goals it was carried a quantitative study, with descriptive and exploratory nature, to identify a set of consensual and relevant criteria about Continuous Integrated Care's team activity (ECCI). As a data collection method, it was used the Delphi technique, gathering national expert nurses, with acknowledged work in Continuous Integrated Care and inserted in, at least, one of the teams (regional coordination team, local coordination team and ECCI), of the National Network for Continuous Integrated Care or at the Community Care Unit of each of the regions of north, center, Lisbon and Tejo valley, Alentejo and Algarve. Through this technique, it was obtained, globally speaking, a very high degree of consensus, allowing, before the presented criteria, the formulation of a final instrument. It was attempted, through scientific study, the development of a management tool that, before a problem in a working context, allows an improvement process at the team's work and results, but also in terms of quality and professional and patient satisfaction.

Keywords: Continuous and Integrated Care, domiciliary care, quality management, nursing management

INTRODUÇÃO

Na última década começaram a surgir experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospitalares, como forma de encontrar uma resposta mais eficaz ao problema do envelhecimento da população e consequente aumento das necessidades de saúde e de apoio social.

Segundo Simões e Dias (2010, p. 96), a integração é entendida *como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência.*

A oferta de cuidados de saúde fragmentada contribui para índices baixos de satisfação dos utentes, eficiência, qualidade dos serviços e acesso aos cuidados. Por isso é imperioso planear e decidir um novo desenho organizativo das unidades de saúde, mas também com implicações em termos de tecnologia, economia e gestão dos serviços.

A reforma dos CSP que tem vindo a ser implementada nos últimos seis anos, pretende *reforçar a orientação deste nível de cuidados para a comunidade, apostando fortemente na autonomia, na responsabilização, na flexibilidade organizativa e de gestão, na desburocratização, na modernização, no trabalho em equipa, na melhoria contínua da qualidade, na prestação de contas e na avaliação do desempenho a todos os níveis* (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2014, p.5).

A reestruturação organizacional e funcional dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), pretende *dar estabilidade à organização da prestação de CSP, permitindo uma gestão rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, prevendo a melhoria no acesso aos cuidados para se poder alcançar maiores ganhos em saúde* (Decreto-Lei nº28/2008, p.1182).

A reforma tem por finalidade colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, de forma a torná-los mais efetivos, eficientes e equitativos. Tal necessidade exige a adoção de modelos de trabalho multidisciplinares de forma a adequar melhor os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e identificar outros problemas de saúde mais precocemente.

Os CSP são entendidos como a base do sistema de saúde e o primeiro nível de contacto dos indivíduos e das famílias com os serviços de saúde, e tem a atividade domiciliária como uma das suas áreas de atuação privilegiada, uma vez que grande parte da sua atividade se desenvolve no local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona. A sua intervenção domiciliária é orientada para a prevenção, resolução ou palição de problemas concretos, dirigida especialmente ao indivíduo dependente, família e cuidadores.

A este propósito, Sakellarides (Cit por Biscaia et al., 2006, p.183) afirma que *a prestação de cuidados de saúde completos e globais, com equidade e qualidade, terá de ser assegurada através de uma ou mais redes integradas de serviços alicerçadas nos CSP.*

O Decreto-Lei nº 101/2006 cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede), que possibilitou as dinâmicas de criação e fomento de respostas multisetoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social a todo o cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde ou em situação de doença terminal. A Rede cruza todo o sistema público de saúde, articulada, de modo intersetorial, com o setor social, como parceiro de excelência. O modelo assenta em distintas tipologias de respostas, de acordo com a própria fase do nível de dependência, tendo como objetivo final, a manutenção do utente no seu domicílio, sempre que possível.

Compreende cuidados de natureza preventiva, reabilitadora e paliativa, constituindo um nível de cuidados de saúde e de apoio social entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária. *Estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos CSP como ponto nevrálgico do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país* (UMCCI, 2009^a, p.4).

A interface visível entre a RNCCI e a reforma dos CSP surge na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) através da constituição de equipas domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

A ECCI caracteriza-se por ser uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, assistente social, entre outros profissionais, da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social. Presta cuidados domiciliários, decorrentes da avaliação e intervenção integrada e articulada, a pessoas que se encontram em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social. A ECSCP é uma equipa

multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde comunitários, com formação específica em cuidados paliativos (Decreto-Lei nº101/2006).

Apesar do desenho organizacional estar bem delineado, a sua implementação efetiva será dificultada pela alteração de métodos e culturas de trabalho rígidos e unidisciplinares que precisam de se ajustar à intervenção multidisciplinar e intersetorial para assegurar a continuidade dos cuidados necessários.

Será possível promover o trabalho integrado e pró-ativo das equipas domiciliárias? Quais as estratégias a implementar? Como promover a melhoria contínua da ECCI, em prol da multidisciplinaridade e da relação humanizada do ato de cuidar?

Partindo destas questões orientadoras e do contexto de trabalho na ECCI, surgiu a necessidade de um instrumento de apoio ao funcionamento e organização de cuidados e serviços desta equipa.

A presente dissertação inserida no Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tem como objetivo a construção de um instrumento de apoio à ECCI, que sirva de guia orientador de boas práticas de equipas multidisciplinares de âmbito domiciliário, que promova o envolvimento dos utentes, familiares e cuidadores, respeitando as suas necessidades e preferências.

Através do desenvolvimento de um estudo de natureza quantitativa, com carácter exploratório e descritivo, procurou determinar-se quais as áreas de atuação, procedimentos e estratégias que a ECCI deve adotar para reforçar o espírito de trabalho em equipa multidisciplinar, potenciando a articulação e a complementaridade e encontrando soluções concretas e respostas adequadas em função das necessidades, dos recursos e das condições existentes para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro, segundo e terceiro capítulos constituem o enquadramento teórico e o desenvolvimento da RNCCI no SNS enquanto um novo desafio.

No primeiro capítulo analisa-se o reflexo das alterações demográficas em novas práticas e modelos de cuidados, que exigem respostas ajustadas a todos os cidadãos em situação de dependência, mas que respeitem a qualidade na prestação de cuidados, sem afetar a sustentabilidade financeira dos sistemas social e de saúde.

Para tanto, procede-se ao enquadramento e concetualização dos cuidados continuados a nível internacional, desde as suas diferenças até aos seus pontos de

contacto, procurando-se encontrar nos exemplos estrangeiros os princípios que regeram a criação da RNCCI e os benefícios que uma análise da evolução internacional dos cuidados continuados poderá trazer ao panorama nacional, com o particular enfoque na qualidade dos serviços e sua medição.

Após, a análise é centrada no modelo organizacional e de gestão da Rede por referência às suas competências e finalidades, concluindo-se pela necessária coordenação entre os diversos setores e recursos locais, privilegiando uma intervenção multidisciplinar com o utente no centro das atenções e, desse modo, analisando as características da Rede que refletem essa preocupação.

No segundo capítulo aborda-se a reforma dos CSP e a sua interface com a Rede. O enquadramento jurídico serve de base a uma análise da situação atual, numa perspetiva de modelos de gestão e coordenação, a necessária contraposição entre os modelos tradicionais de estrutura rígida e unidisciplinar e os modelos flexíveis e multidisciplinares, que se apresentam como o exemplo seguido pela reforma que urge implementar, e cujo desenvolvimento dependerá, para garantia da qualidade do sistema, da sua permanente análise e avaliação.

Por esse motivo, o terceiro capítulo foca a qualidade nos Cuidados Continuados Integrados (CCI), a sua importância e modo de a avaliar e medir, como forma de a atingir. Procede-se à exposição das várias referências em termos de medição de qualidade, retomando as referências internacionais também a este propósito, delas se retirando conceitos e métodos, que conduzem à conclusão da necessidade do uso de instrumentos de avaliação como forma eficaz do controlo da qualidade.

Aqui chegados, é feita uma análise da evolução dos instrumentos de medição, das suas características, vantagens e desvantagens que foram repercutidas no instrumento que, através deste estudo, se pretendeu criar.

É precisamente aí que culmina o trabalho, integrando no quarto capítulo os aspetos relacionados com o estudo empírico: a justificação e os objetivos que o determinaram, a metodologia usada, os procedimentos e, por fim, a apresentação e discussão dos resultados.

Com este trabalho pretende-se a partilha de orientações gerais para a efetiva promoção da complexa abordagem multidisciplinar exigida pela natureza de necessidades dos utentes das equipas domiciliárias da RNCCI.

1. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: UM NOVO DESAFIO

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico e o contexto social, verificados em Portugal, lançam um vasto conjunto de desafios e oportunidades às políticas setoriais. É decisivo traduzir esta realidade numa maior abertura a novas práticas e modelos de cuidados, dada a prevalência de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e às alterações na organização e dinâmicas familiares.

Esta conjugação de fatores exige respostas com características diferentes das tradicionalmente prestadas pelos serviços de saúde e sociais, que

devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações (Decreto-Lei nº101/2006, p.3856).

Estas respostas devem *promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades* (*Ibidem*, p.3856) de forma a contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Debater as políticas sociais e as reformas a adotar está na ordem do dia (Wright e Perry, 2010) e parece claro que estas reformas devem assegurar o respeito por três princípios, a acessibilidade a todos os cidadãos que necessitem de cuidados, a qualidade na prestação de cuidados e, por último, a sustentabilidade financeira dos sistemas social e de saúde (Comissão Europeia, 2001). Constata-se a dualidade entre a necessidade de reforçar a qualidade do sistema de cuidados para pessoas idosas e a necessidade de estimular políticas de contenção de despesas públicas. O balanceamento adequado entre estas duas necessidades é então um dos principais desafios da atualidade (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

De facto, muitos países europeus ainda não têm um sistema de cuidados sustentável, que cubra as necessidades de cuidados e ao mesmo tempo assegure

a sustentabilidade financeira (Pavolini e Ranci, 2008). É necessário equacionar novos tipos de cuidados e fomentar a coordenação entre os sistemas social e de saúde, designadamente, os cuidados comunitários e domiciliários que desempenham um papel fundamental, uma vez que representam um menor custo financeiro comparativamente com os serviços de internamento (Stepurko et al., 2010). Contudo, é importante apostar na qualidade desses serviços, para que possam responder adequadamente à maior exigência e necessidade de cuidados sociais e de saúde dos utentes (Sehrawat, 2010).

1.1 Concetualização dos Cuidados Continuados

A abordagem de cuidados continuados coloca questões de enquadramento e concetualização a nível internacional. Apenas parece ser consensual o espaço ocupado pelo nível intermédio de cuidados (entre o hospital e a comunidade), que se trata no fundo, do preenchimento de um “*white space*” no tecido social, que deverá potenciar e trazer valor acrescido ao repensar da lógica organizacional dos sistemas de prestação de cuidados existentes e promover a reflexão sobre a ausência ou, pelo menos, pouca relevância do papel das comunidades (Lopes et al., 2010). A nível internacional, não existe consenso em termos de definição dos cuidados/apoios/respostas a oferecer, ao modelo de organização, à sustentabilidade e ao acesso, pelo que se depara com situações bastante díspares, nomeadamente o papel da família, dos cuidadores informais, da comunidade, do poder local e do Estado (nomeadamente entre Canadá, países nórdicos, França ou Portugal). Embora estes diferentes eixos estructurem a conceção dos cuidados, o peso e os contributos de cada um variam de país para país (*Ibidem*).

A definição dos cuidados que se consubstanciam em respostas sociais e de saúde, em Portugal, surgem como CCI, enquanto que para a Organização Mundial de Saúde (OMS), Comissão Europeia e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), estes são designados de *Long-Term Care (LTC)* / *Cuidados de Longa Duração*.

Em Portugal, os CCI referem-se ao:

Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida

como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência (Decreto-Lei nº101/2006, p.3857).

Os CCI incluem-se no SNS e no sistema de Segurança Social, assentam nos paradigmas de recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para o tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva e compreendem: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; a provisão e manutenção do conforto e da qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Ibidem, p.3858).

O termo cuidados continuados sugere três precisões de ordem conceitual e metodológica. Em primeiro lugar, o qualificativo de continuados que significa a natureza a longo prazo de intervenção de saúde e social requerida. Contrariamente aos cuidados de saúde em geral, que são marcados por uma intervenção que atua de forma imediata ou a curto prazo (ou no caso de doenças mais graves a médio prazo), os cuidados continuados são duradouros e podem, até pelas causas que os motivam, ser de natureza permanente (ou seja, prolongar-se até ao fim da vida). Em segundo lugar, a intervenção requerida é multidisciplinar, com grande envolvimento de profissionais de várias especialidades (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de apoio social, auxiliares de ação médica, etc.) e intersetorial, no sentido em que se integram as políticas do setor da saúde e de segurança social, com parcerias com entidades públicas e privadas. Em terceiro e último lugar, os cuidados continuados dirigem-se para toda a população independentemente da idade, que se encontra em situação de dependência das atividades de vida diárias (AVD) e/ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD), considerando, no entanto, que o “público-alvo” dos cuidados continuados é sobretudo a população mais idosa (OCDE, 2006).

A expressão inglesa equivalente *long-term care* é a este respeito ainda mais elucidativa. Segundo a OMS (2002), o termo *long-term care* inclui atividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo, prestadas por cuidadores formais e informais, incluindo profissionais de saúde, sociais e outros, bem como voluntários. No entanto, segundo Nogueira (2009), nesta definição são excluídos serviços como a prevenção, o tratamento da doença crónica, a reabilitação ou a intervenção de saúde mental.

Outras definições acrescentam que *long-term care* abrange uma gama de serviços de saúde e sociais, prestação de serviços básicos na área da saúde (como tratamento de feridas, gestão da dor, gestão do regime terapêutico, prevenção e promoção da saúde, reabilitação ou cuidados paliativos) e serviços de assistência social (como transporte, alimentação, terapia ocupacional e apoio nas AVD),

destinados a pessoas com limitação da capacidade funcional, física ou cognitiva, e consequentemente dependentes nas AVD, durante um prolongado período de tempo (Comissão Europeia, 2008; OCDE, 2013). Estes serviços podem também ser combinados com cuidados de ajuda doméstica ou apoio nas AIVD, sendo fornecidos numa variedade de locais para os quais existe uma ampla gama de definições e soluções, nos diferentes países. Nos diferentes estados membros, *a responsabilidade pelos cuidados (privado/família/público), a organização dos mesmos e ainda a definição dos limites entre os cuidados de saúde e sociais, variam consideravelmente* (Lopes et al., 2010, p.9).

O surgimento ainda da terminologia *Intermediate Care*, define serviços de saúde e sociais, que prestam cuidados dirigidos à pessoa de curta duração, tendo em vista a prevenção de reinternamentos indevidos (hospital de agudos ou em *long-term care*) quando se verifica uma situação de incapacidade crónica ou doença terminal no domicílio. Estes serviços visam facilitar a transição do hospital para o domicílio e de dependência para a independência funcional. Favorecem o bem-estar e conforto possíveis, facilitam a alta hospitalar precoce e, fundamentalmente, maximizam a autonomia da pessoa na sua comunidade (Roe e Beech, 2005; Rout et al., 2010). Os objetivos dos cuidados são sobretudo, a reabilitação e a recuperação global da saúde. *Estes serviços não necessitam dos recursos de um hospital de agudos e estão para além dos serviços tradicionalmente prestados pelas equipas de cuidados primários. Incluem “cuidados substitutivos” e “cuidados a pessoas com necessidades complexas”* (Nogueira, 2009, p.5).

Segundo o mesmo autor, a sobreposição de respostas no contexto de diferentes terminologias, levou a que diversos autores, reconhecessem que não existe uma definição universal aceite para *long-term care* e sugerissem uma nova terminologia – *continuing care*. Este novo conceito enquadra uma perspetiva global, relativa a todos os aspetos relacionados com serviços de sistemas de saúde e sociais para pessoas que deles necessitam, durante um período de tempo mais extenso. Os componentes principais incluem: cuidados institucionais, serviços na comunidade e apoio domiciliário (Roe e Beech, 2005). Variando o tipo de serviços em cada um dos seus componentes e a sua interligação.

O desenvolvimento internacional do nível intermédio de cuidados, independentemente da terminologia utilizada, assenta em primeiro lugar em respostas mais adequadas às necessidades, mas também na melhoria de serviços de apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica e de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados após internamento hospitalar. Por outro lado tem como objetivo, aumentar a capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social

ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia (Nogueira, 2009, p.5).

Esta ausência internacional de consenso, fruto das políticas de saúde e de segurança social de cada país, cria dificuldades acrescidas quando se pretendem estabelecer parâmetros de comparabilidade internacional, não apenas em termos de definições, como também ao nível dos modelos organizativos e de financiamento, mas sobretudo ao nível da avaliação da qualidade e do impacto destes cuidados. Apesar dos esforços desenvolvidos entre os diferentes países e organismos internacionais para um trabalho conjunto de análise sistemática destes cuidados e dos desafios enfrentados por todos os países serem semelhantes ao nível da acessibilidade, da qualidade e da sustentabilidade, as soluções continuam a ter um âmbito especificamente nacional, o que gera fortes dificuldades na avaliação e comparação dos diferentes parâmetros em análise (Lopes et al., 2010).

1.2 Enquadramento e Organização da Rede

O desenvolvimento de cuidados continuados integrados é uma realidade internacional recente e apesar das particularidades entre os vários países, os desafios enfrentados são semelhantes, tais como a necessidade de melhorar os serviços que prestam apoio contínuo a pessoas em situação de fragilidade, para reabilitação de um processo agudo ou ainda como meio de evitar internamentos desnecessários. Estes postulados contribuíram para a adoção de alguns objetivos fundamentais na política de saúde, alcançando o desenvolvimento de uma rede integrada de cuidados contínuos com a organização e planeamento de recursos flexíveis, baseados na identificação da necessidade de cuidados. A promoção e manutenção da máxima independência funcional que seja possível de alcançar é o objetivo primordial da RNCCI (Nogueira, Girão e Guerreiro, 2010^a).

A RNCCI criada pelo Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho, constitui-se como um novo modelo organizacional criado pela parceria estabelecida entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Possibilitou dinâmicas de criação e fomento de respostas multisetoriais, assumindo-se como um nível intermédio de cuidados integrados e/ou articulados,

sustentado por diversos *stakeholders* como entidades públicas (hospitais, centros de saúde, Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I.P., autarquias locais) sociais e privadas (da Rede Solidária e da rede lucrativa), tendo o Estado como principal incentivador (UMCCI, 2009^b; UMCCI, 2011^a).

A Rede vem facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados, que contribui para dar uma resposta coerente e integrada à crescente necessidade de cuidados das pessoas em situação de dependência.

Segundo Teixeira (2011), a seleção e implementação de uma estratégia implica o perfeito conhecimento da sua missão, que se traduz na definição dos seus fins estratégicos gerais, finalidade ou objetivo fundamental, proporcionando orientações para o seu desenvolvimento futuro. A RNCCI tem por missão *prestar os cuidados de saúde e apoio social de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência* (Decreto-Lei nº101/2006, p.3858), a qual se concretiza através dos seguintes objetivos (*Ibidem*):

- *A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- *A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;*
- *O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;*
- *A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;*
- *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;*
- *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;*
- *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.*

A missão da RNCCI vem assim dar resposta ao conjunto de pressupostos internacionais definidos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, de acordo com o Guia da RNCCI (UMCCI, 2009^a, p.6) e Manual do Prestador (UMCCI, 2011^a, p.8):

- *Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;*

- *Redução do número de altas hospitalares tardias (isto é acima da média de internamento definida);*
- *Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação integral e promoção da autonomia;*
- *Disponibilização de melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;*
- *Disponibilização de melhores serviços de apoio à recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar;*
- *Flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, através da identificação, pormenorizada, das necessidades de cuidados da população, a nível regional;*
- *Maior eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares.*

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrado e articulado que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social. Tem como base de funcionamento a interceção com os diferentes níveis de cuidados do SNS e a articulação em rede com os diversos serviços e equipamentos do Sistema de Segurança Social, garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados.

O modelo organizacional da RNCCI assenta na definição de tipologias de internamento, ambulatório, equipas intra-hospitalares e equipas domiciliárias, com critérios de referenciação previamente definidos pela Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

Constituem unidades de internamento da RNCCI (Decreto-Lei nº101/2006):

- a) A Unidade de Convalescença (UC) que tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo ser referenciadas para esta tipologia as pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos;
- b) A Unidade de Média Duração e de Reabilitação (UMDR) que visa responder a necessidades transitórias (potencialmente recuperáveis), promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situa entre 30 a 90 dias;
- c) A Unidade de Longa Duração e de Manutenção (ULDM) que tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardam o agravamento de situação de dependência, otimizando o estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Destinadas a

peças, com processos crônicos que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para serem prestados no domicílio, mas também a situações temporárias (até 90 dias por ano) decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do cuidador;

- d) A Unidade de Cuidados Paliativos (UP) destinada a pessoas com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

A unidade de ambulatório é constituída pela Unidade de Dia e de Promoção de Autonomia, ainda em fase de implementação na RNCCI, destina-se a pessoas que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio e funcionam em articulação com as unidades da rede ou respostas sociais existentes, prestando cuidados de suporte, de promoção da autonomia e apoio social, em regime de ambulatório.

Constituem equipas hospitalares da RNCCI, a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos que tem como finalidade prestar assessoria técnica diferenciada, transversalmente nos diferentes serviços do hospital e a Equipa de Gestão de Altas (EGA). É uma equipa hospitalar multidisciplinar, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com os serviços de internamento, para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais na RNCCI. A referenciação para a RNCCI também pode ser feita a partir da comunidade, através do enfermeiro, médico e assistente social do ACES da área de domicílio do utente, denominando-se de Equipa Referenciadora.

A equipa domiciliária da RNCCI é a ECCI que direciona a sua intervenção multidisciplinar de âmbito domiciliário, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento. Esta equipa da RNCCI, deve desejavelmente incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde com formação específica em cuidados paliativos, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, não só em contexto domiciliário, mas também às unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção, assumindo-se assim como ECSCP (Decreto-Lei nº101/2006).

O modelo de gestão da Rede assenta numa lógica de descentralização, sendo a coordenação da RNCCI exercida a nível nacional pela UMCCI e operacionalizada a nível regional pela Equipa de Coordenação Regional (ECR) e local pela Equipa Coordenadora Local (ECL).

À UMCCI compete a condução e lançamento do projeto global de coordenação da Rede e contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições de natureza privada e social (UMCCI, 2011^a, p.11).

A coordenação da rede ao nível regional é assegurada por equipas multidisciplinares constituídas por representantes da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) e dos Centros Distritais de Segurança Social, nos termos definidos no Despacho nº19040/2006. A ECR é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes, constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas do planeamento, gestão e avaliação. Estão sediadas na ARS – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

A nível local, a coordenação é desenvolvida pela ECL, que é composta por, pelo menos, dois elementos dos CSP (enfermeiro e médico) e um elemento do setor social, nomeadamente do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social (ISS), IP respetivo. A ECL articula com a coordenação regional, sendo responsável pela avaliação das situações de saúde e sociais, pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação e de transferência, asseguram o apoio e acompanhamento do cumprimento dos contratos, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades das unidades e equipas da Rede da sua área de influência.

Esta estrutura descentralizada da RNCCI visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização do cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da rede, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos utentes.

Quanto ao modelo de financiamento, o diploma que instituiu a UMCCI determina que: “compete ao Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (atual Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), IP) assumir todos os encargos orçamentais decorrentes das instalações e do funcionamento da UMCCI, bem como cativar verbas para o financiamento da RNCCI, através das receitas oriundas dos jogos sociais,

afetas aos projetos dos cuidados de saúde e às pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência” (UMCCI, 2009^a, p.14).

A Rede dispõe de um modelo de financiamento específico, o qual define o financiamento das unidades e equipas, em função das condições de funcionamento das respostas, obedecendo ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, variando ainda, em função do tipo e da complexidade dos cuidados prestados, podendo incluir participações do MS, do MTSS e dos utentes. Efetivamente, quando estamos perante respostas que integram a componente de apoio social, há repartição dos encargos entre o MS e o MTSS, havendo lugar a uma participação da segurança social nos encargos decorrentes da prestação de cuidados de apoio social nas unidades de média e longa duração da RNCCI.

Na RNCCI, *a atuação multidisciplinar, em equipa, é indispensável (UMCCI, 2007^a, p.8).*

A organização dos serviços e a prestação dos cuidados que nela se perfila exigem a interação e cooperação de profissionais de distintas disciplinas e setores, devidamente preparados e vocacionados para uma compreensão global do cidadão/utente, que lhes permita, em simultâneo: um desempenho competente, sob o ponto de vista técnico e de atitude compreensiva e respeitadora das particularidades biopsicossocioculturais e espirituais de cada utente e a construção de uma linguagem comum - uma metalinguagem - facilitadora da comunicação em equipa multidisciplinar e do trabalho interdisciplinar (Direção Geral de Saúde (DGS), 2006, p. 3).

É primordial, a coordenação entre os diferentes setores e recursos locais, mediante a implementação de modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos, tendo o utente como o centro dos serviços prestados, baseados na intervenção multidisciplinar do cumprimento de objetivos partilhados constantes no plano individual de intervenção (PII) (Decreto-Lei nº101/2006).

O processo de integração da RNCCI liga partes, dentro do mesmo nível de cuidados, criando equipas multiprofissionais - entre profissionais de saúde e de apoio social, destes com os cuidadores informais - (integração horizontal) ou relativamente a diferentes níveis de cuidar, como os CSP, Secundários e Terciários (integração vertical).

A concetualização de cuidados continuados, por um lado, enfatiza o caminho percorrido pelo utente ao longo do sistema social e de saúde, o que

contribui, de forma decisiva, para a integração dos sistemas. Por outro lado, o conceito de cuidados integrados é mais amplo, envolvendo não só a perspetiva do utente, mas também as implicações em termos de tecnologia, economia e gestão dos serviços integrados. Os cuidados integrados não são um fim em si mesmo, devendo ser entendidos, como um garante de qualidade, em sentido lato, na prestação de cuidados (Simões e Dias, 2008).

A existência de um processo clínico eletrónico é hoje uma prioridade, fundamental para garantir um acompanhamento mais eficaz do utente ao longo de todo o processo de prestação de cuidados (Ibidem, 2008, p.99).

A existência deste processo clínico permite a centralização de todos os dados do utente num único suporte, que, sustentado em ferramentas de tecnologias de informação, pode reproduzir o conceito de cadeia de produção centrado no *continuum* e no acompanhamento do utente ao longo do processo de produção (Leatt et al., 2000).

As tecnologias de informação e comunicação são contributos fundamentais à coordenação e integração nos vários níveis de cuidados, nomeadamente no que respeita à comunicação entre as partes e, mais concretamente, no que respeita à comunicação da informação ao utente. A partilha de informação do utente pode contribuir para minimizar as duplicações e garantir melhorias significativas nos serviços, nomeadamente a nível do diagnóstico (Gröne e Garcia-Barbero, 2002). A partilha de informação clínica é, deste modo, um importante meio de suporte à prestação de cuidados, pela possibilidade de troca de informação entre profissionais de diferentes níveis de prestação de cuidados, particularmente entre os cuidados de saúde primários e hospitalares.

A garantia da continuidade dos cuidados de saúde, com um planeamento centrado no utente e nas suas necessidades, constitui o pilar dos cuidados continuados (UMCCI, 2012^a, p.1). Para que esse planeamento seja efetivo, é fundamental o conhecimento não só da situação presente, como também do seu trajeto e evolução no SNS. O desenvolvimento do sistema de gestão de dados baseado na web (*GestCare CCI*), enquanto solução tecnológica inovadora internacional, permite o suporte contínuo e *up-to-date* de monitorização a nível regional e nacional, do beneficiário de todo o cuidado transitório e serviços da RNCCI de prestação de cuidados, a acessibilidade da informação a todos os profissionais de saúde (EGA, centros de saúde, ECR, ECL, unidades/equipas prestadoras - e UMCCI) através da Plataforma de Dados em Saúde (PDS).

A solução baseada na *web* tem um sistema relacional de gestão de dados, de forma a permitir a consulta, diferentes modelos de relatórios e os diferentes

níveis de acesso (EGA, ECL; ECR; unidades/equipas prestadoras), e ainda à UMCCI a monitorização e normalização da RNCCI (Nogueira, Girão e Guerreiro, 2010^a).

O aplicativo *GestCare CCI* permite o registo de avaliação do utente e o registo de dados relacionados com referências de hospitais e CSP e internamentos em equipas/unidades da Rede, permitindo em tempo real, resultados pertinentes para a gestão e para os profissionais.

A avaliação integrada, de acordo com Kramer (Cit. por Nogueira, Girão e Guerreiro, 2010^a), deve permitir a tomada de decisão relacionada com a disponibilização de cuidados e serviços adequados; servindo como um conjunto básico de informações que devem ser transmitidas ao prestador de serviços para aumentar a segurança e a qualidade das transições, fornecendo informações de base para o acompanhamento longitudinal da saúde e da função (elementos repetidos ao longo do tempo). A avaliação precoce e monitorização das limitações/défices do utente através do sistema de informação, possibilita a prescrição de intervenções adaptadas às suas necessidades reais, o que revela um maior potencial terapêutico e contribui para uma maior satisfação do utente e profissionais de saúde.

Os resultados de cuidados continuados integrados, *long-term care* ou *intermediate care*, não são comuns na literatura e são essenciais para a análise comparativa internacional (OCDE, 2013). Existem, no entanto, diversos instrumentos que caracterizam as necessidades do utente para a promoção de autonomia em situação de incapacidade/limitação. *As recomendações internacionais apontam para um instrumento integrado biopsicossocial para avaliação inicial e contínua dos resultados de cuidados e pesquisa* (Cruz-Jentoft et al. Cit. por Nogueira, Girão e Guerreiro, 2010^a, p.1).

A RNCCI adota a utilização de um instrumento de avaliação único, denominado de Instrumento de Avaliação Integrado (IAI), que tem por objetivo a identificação de perturbações físicas, funcionais, mentais, sociais e hábitos de vida cujos contributos são importantes na definição de um plano individual de intervenção, com ênfase na manutenção e recuperação de capacidades. Este instrumento permite uma abordagem diagnóstica de deteção e monitorização longitudinal de pessoas em situação de dependência delineada com base num conjunto de escalas internacionais validadas.

Este modelo suficientemente sintético, permite a estruturação padronizada, controle, registo e classificação da pessoa sobre o seu nível de dependência biopsicossocial. Encontra-se dividido nas áreas bio, psico e social pontuáveis com o

predomínio de quatro níveis (zero a três) e os domínios e seus componentes são: o género, a idade, queixas de saúde, estado de nutrição, quedas, locomoção, autonomia física (Katz et al., 1963) e autonomia instrumental (Lawton e Brody, 1969), queixas emocionais, estado cognitivo (baseado no *Mini-Mental State* (Foldstein et al., 1975), estado social e hábitos. As pontuações obtidas nos doze domínios, transcritas sequencialmente, permitem um registo numérico do conjunto da avaliação, denominado de Perfil Biopsicossocial.

Algumas propriedades operacionais úteis neste instrumento são a possibilidade de ser aplicado por um profissional treinado de qualquer categoria, de diversos contextos e em diferentes estados de saúde, por meio de entrevista ao utente e/ou cuidador e parte por observação direta.

A UMCCI (sd) considera este método oportuno, inovador e adequado para diagnóstico e intervenção biopsicossocial e apresenta características de uniformidade e exequibilidade, que conferem à sua utilização habitual vantagens de uniformização e de poupança de recursos.

A ferramenta de avaliação integrada está disponível no sistema de informação baseado na web *GestCare CCI*, permitindo que a avaliação de ganhos em saúde proporcionados pelo sistema seja um processo contínuo. Este sistema de informação permite em tempo real, a comparabilidade entre as avaliações, acompanhando a evolução de cada componente, quer a nível nacional, regional, local e em cada unidade/equipa.

No *GestCare CCI* são identificados dados sobre referenciações, admissões, transferências, tempos de espera e utentes à espera de serem admitidos, bem como resultados do atendimento e indicadores, comparáveis entre áreas geográficas e ao longo do tempo. Os indicadores clínicos incluem prevalência de úlceras de pressão, quedas, perda de peso não planeada, alta por objetivos do PII atingidos, autonomia física. Há também avaliações realizadas junto dos utilizadores e auditorias relacionadas com o pessoal, a utilização de equipas multidisciplinares, direitos dos utentes, PII, a promoção da saúde e autonomia física, planeamento da alta, instalações e infra-estruturas e prevenção de infeção. Os indicadores de resultado entre os utilizadores de unidades de internamento e atendimento domiciliário têm mostrado alguma melhoria ao longo dos últimos anos (OCDE, 2013).

2. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ÂMBITO DA RNCCI

A reforma dos CSP constitui, a par da criação da RNCCI, um dos grandes objetivos de governação em saúde, segundo Campos (2008). O Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro, introduziu uma modificação dos modelos de gestão a nível dos CSP e gestão hospitalar, procedendo à consagração dos ACES. Os ACES são serviços com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, designadamente, Unidades de Saúde Familiar (USF); Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); UCC; Unidades de Saúde Pública (USP); Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), bem como a criação de Unidades de Apoio à Gestão (UAG). O desenvolvimento da governação clínica e de saúde fica a cargo dos Conselhos Clínicos, e a participação da comunidade é formalizada através de Conselhos da Comunidade.

A reforma atual dos CSP caracteriza-se pela criação de órgãos próprios de gestão e por uma reorganização profunda dos centros de saúde em que o modelo hierárquico de comando e controle é substituído por uma rede de equipas autónomas com relações de contratualidade interna, num quadro explícito de responsabilidade por processos e por resultados, com avaliações a todos os níveis.

De acordo com Vitor Ramos (2010, p. 276) esta nova arquitetura assenta em cinco vertentes complementares:

1. *Uma rede descentralizada de equipas multiprofissionais com carácter estrutural permanente e com missões diferenciadas específicas:*
 - *Cuidados à pessoa e à família – USF e UCSP;*
 - *Intervenção essencialmente comunitária a grupos com necessidades especiais – UCC;*
 - *Intervir no meio físico e social e desenvolver programas e projetos com alcance populacional – USP.*
2. *Descentralização da gestão para o nível local, para ACES, através de diretores executivos e conselhos executivos;*
3. *Concentração de meios e recursos escassos para os rentabilizar e/ou obter economias de escala:*

- *Gestão de recursos – UAG*
 - *Apoios multidisciplinares específicos às unidades funcionais – URAP;*
4. *Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica, com a criação de um Conselho Clínico em cada ACES;*
 5. *Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como o Gabinete do Cidadão e o Conselho da Comunidade.*

Em termos gerais, a reforma consiste, essencialmente, na substituição do modelo tradicional da administração pública, burocrático, centralista e hierarquizado, por um modelo mais flexível e inovador, rompendo com hábitos do passado e centrando a atenção onde mais importa: na linha da frente do SNS onde o cidadão interage com o sistema de saúde.

Existe a expectativa de que os ACES desenvolvam boas práticas de gestão a nível local, melhorem generalizadamente as condições de acesso, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes e profissionais, através de boas práticas de planeamento, de contratualização, de sistemas justos de recompensa remuneratória e de incentivos à qualidade dos cuidados (Ramos, 2010, p.282).

Paralelamente a esta reforma, decorre o desenvolvimento da RNCCI entrosada com os CSP e as unidades hospitalares, para responder às novas necessidades em saúde, exigindo uma articulação adequada entre os vários níveis de cuidados. Os CSP ficam assim com a responsabilidade acrescida de desenvolver e adequar as estratégias de intervenção comunitária, em especial no domínio dos cuidados domiciliários.

A unidade de intervenção essencialmente comunitária, é a UCC direcionada às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, de acordo com o Decreto-Lei nº28/2008.

Assegurando a autonomia organizativa e funcional, a UCC assenta em equipas multiprofissionais responsáveis pelo desenvolvimento de projetos/programas de acordo com as necessidades e problemas específicos da população a que se dirigem, tendo como referência uma área geográfica definida (Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), 2010). Esta unidade integra, ainda, a ECCL e a ECSCP, no âmbito da RNCCI, podendo também integrar a ECL.

Por uma questão de dinâmica e tentando responder às diferentes necessidades das comunidades alvo, a carteira de serviços desta unidade é abrangente e inovadora, orientada para uma abordagem salutogénica fundamentalmente assente na promoção da saúde e prevenção da doença/complicações, pelo que importa acompanhar/monitorizar o seu desenvolvimento no sentido de proporcionar respostas oportunas e efetivas (MS, 2012, p.2).

2.1 Equipa de Cuidados Continuados Integrados

A ECCI é definida no Decreto-Lei nº101/2006 (p.3862) como:

uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Enquanto equipa domiciliária da RNCCI preconiza uma mudança na conceção da prestação de cuidados, situando as pessoas, as famílias e as suas necessidades de cuidados no centro do atendimento e introduzindo novos paradigmas de funcionamento. *Esta nova visão implica o envolvimento de cada um dos intervenientes no processo, profissionais, utente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados (MCSP, 2007, p.7).* Neste sentido, serão tão importantes as necessárias dotações de novos recursos para a sua estruturação, como a introdução de novas formas de trabalho e organização dos serviços e dos profissionais, que permitam um funcionamento coordenado e de acordo com as expectativas definidas pela RNCCI.

A organização de ECCI, depende das características geodemográficas da área de influência da UCC, devendo estar ajustada a cada realidade ou contexto local, em termos de dimensão da população, bem como, dimensão e diversidade de competências da equipa.

A ECCI integra profissionais médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no

domicílio, recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do ACES e da comunidade (MCSP, 2007, p.7). Esta equipa apoia-se nos recursos da UCC (humanos, materiais e outros) disponíveis, no âmbito de cada ACES e do serviço local da Segurança Social, conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias (Decreto-Lei nº101/2006).

Para a constituição de ECCI, deverão ser observados os rácios de dotação de pessoal e competências que garantam a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Esta equipa deve reunir recursos multidisciplinares, especializados e/ou diferenciados, organizados por área geográfica, permitindo que sejam referência, neste âmbito, para equipas das outras unidades funcionais dos ACES (MCSP, 2007).

Como equipa multiprofissional e interinstitucional que presta atividade domiciliária, *ao longo de todos os dias do ano, no período das 8 horas às 20 horas de segunda a sexta-feira e das 9 horas às 17 horas aos sábados, domingos e feriados, como ajuste de horário que a experiência ditar*, de acordo com a Carta de Compromisso da ECCI (sd, p.1) em várias áreas definidas no artigo nº28 do Decreto-Lei nº101/2006 (p. 3862), designadamente:

- *Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais ser programadas, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;*
- *Cuidados de fisioterapia;*
- *Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;*
- *Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;*
- *Apoio na satisfação das necessidades básicas;*
- *Apoio no desempenho das atividades da vida diária;*
- *Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;*
- *Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;*
- *Produção e tratamento de informação por forma a garantir a organização de indicadores de avaliação.*

A atividade domiciliária da ECCI incorpora os princípios definidos para as atividades da Rede e assegura, em estreita articulação com as outras equipas de prestadores, o cumprimento das seguintes atividades:

- Cuidados domiciliários à pessoa em situação de dependência que, independentemente da causa e da idade se encontre numa das seguintes condições, segundo a Carteira de Serviços (MCSP, 2007, p.13):

- *Pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das AVD, não abrangidas pelas USF ou outra unidade funcional do CS (por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente, para fora dos seus domicílios.*
- *População alvo das USF que, pela intensidade dos cuidados necessários e decorrentes de critérios adiante apresentados, ultrapassam os limites da capacidade instalada da equipa da USF, na resposta à carteira básica de serviços;*
- Suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio da pessoa em situação de dependência aos seus familiares/cuidadores.

Referente aos critérios de referenciação de utentes para as equipas domiciliárias da RNCCI, as orientações para a constituição da ECCI (MCSP, 2007, p.14) consideram como critério específico de referenciação,

a pessoa em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde, ainda que com ou sem necessidade de apoio social, que possua contexto sócio-familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita ou promova a sua prestação no domicílio.

A Diretiva Técnica nº1/2008, referente aos critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e equipas da RNCCI, considera critério para admissão da ECCI, *a situação de dependência em que o doente reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita* (UMCCI, 2008, p.6).

No entanto, para orientar a referenciação de utentes para a ECCI provenientes das USF, foram criados os seguintes critérios de referenciação (MCSP, 2007, p.14):

- Frequência da prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia;*
- Prestação de cuidados que exceda uma hora e trinta minutos por dia e pelo menos três por semana;*
- Necessidades de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8h e as 20h;*
- Necessidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, nomeadamente, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, etc.*

Esta equipa assegurará ainda cuidados paliativos e/ou de reabilitação no domicílio, em carteira adicional de serviços de acordo com MCSP (2007), aos

doentes que deles necessitem e que residam (temporária ou permanentemente) na área de influência do Centro de Saúde, contando, para tal, com o apoio da ECSCP.

O papel destas equipas é preponderante para a manutenção dos utentes na comunidade e para o desenvolvimento das potencialidades da família na prestação de cuidados.

O complexo processo de prestação de cuidados continuados integrados, segundo Murakami e Colombo (2013), deve-se concentrar nos seguintes aspetos-chave:

- Avaliação das necessidades através de critérios claros de elegibilidade, a identificação e avaliação adequada das necessidades multidimensionais o mais precocemente possível, são procedimentos que devem fazer parte da modernização dos cuidados nos vários países da Europa;
- Integração, as equipas prestadoras devem ser coordenadas, de forma a garantir a eficácia e eficiência dos cuidados, melhorando a qualidade e o aumento do nível de satisfação dos utilizadores e profissionais. Os meios para alcançar esse fim incluem reforçar a continuidade dos cuidados adaptando os serviços e a capacitação dos seus utilizadores;
- Competências de gestão adequadas são importantes em todos os níveis do sistema de prestação de cuidados.

A compreensão comum da missão, princípios e valores da RNCCI, constituem uma base importante para a construção interprofissional possibilitando uma clarificação das responsabilidades, competências e funções a conjugar e complementar nas diferentes áreas do processo de cuidar.

Integrar diversas áreas do saber na equipa é imperativo de boas práticas em condições de saúde complexas e multifatoriais, no entanto exige clareza de objetivos, liderança, comprometimento e participação ampla de todos os profissionais. Na prestação de cuidados centrados no utente/família é fundamental que os profissionais da equipa tenham habilidades e conhecimentos que não só permitam a avaliação técnica relativa à complexidade do utente, mas também o conhecimento do contexto familiar em que ele está inserido, a perceção da dificuldade na aceitação da sua limitação, bem como a perspetiva de uma nova realidade de vida, além das necessidades que impeçam a continuidade da sua assistência no domicílio.

A ECCI deve considerar que cada utente tem características próprias, além de fatores emocionais, sociais e financeiros que o transformam numa pessoa com necessidades únicas. Assim, os profissionais envolvidos devem considerar essas

individualidades procurando a melhor alternativa para a continuidade dos cuidados no domicílio, preservando sempre a dignidade humana e a qualidade do atendimento.

O desenvolvimento dos cuidados domiciliários baseia-se na atividade da equipa multidisciplinar na qual, de acordo com as necessidades avaliadas e detetadas, os diferentes profissionais devem partilhar a responsabilidade de prestação dos cuidados ao utente e seus familiares. Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções é necessário a definição de um PII, no qual *deverá evidenciar claramente, os objetivos a alcançar pelo utente, as tarefas e responsabilidades de cada um dos profissionais, pelo que se considera conveniente a designação de um Gestor de Caso* (MCSP, 2007, p.13). Segundo Nagae (2013, p.52) o *Gestor de Caso é essencial para a implementação de um serviço personalizado*.

A prática de gestão de casos contribui para assegurar a segurança dos cuidados de saúde baseados na melhor evidência clínica e proporcionados num ambiente menos restritivo para atender às necessidades individuais do utente. A gestão de casos é uma prática dinâmica, que se torna mais eficaz quando atualizada e adaptada ao longo do tempo. Quando a gestão de casos é praticada desta forma, existe uma contenção de custos e os utentes são vistos como membros essenciais da equipa (Llewellyn, 2009).

Pese embora o reconhecimento dos enfermeiros como um importante recurso qualificado na ECCI, para os cuidados de proximidade a esta população, pelo desenvolvimento de uma prática continuada, integrada e globalizante, o tipo e complexidade das necessidades dos utentes dependentes exigem que a sua abordagem seja feita, não isoladamente, mas, obrigatoriamente, com a participação médica contínua e o apoio social ou de outros técnicos de saúde, sempre que a situação o justifique (MCSP, 2007). A coordenação da equipa é uma atividade que se impõe aos diferentes membros, a necessidade de um conhecimento e de uma participação efetiva tanto no planeamento como na monitorização da execução e da avaliação do trabalho.

Desta forma, a ECCI diagnostica, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia resultados de cuidados, de acordo com as necessidades de saúde de um indivíduo, por meio de recursos disponíveis e de comunicação para promover resultados custo-efetivos e de qualidade.

3. QUALIDADE NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A Qualidade em Saúde, segundo Saturno et al. (Cit. por Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 2012), pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (*Ibidem*).

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

Para se atingir a excelência da qualidade assistencial nos serviços de saúde, um dos grandes desafios é a avaliação da qualidade dos cuidados e dos serviços. O que exige dos profissionais uma visão partilhada, norteada por valores como os de solidariedade, de competência técnica e humana, concetuais e de integridade. Procura a criação de um projeto integrado do serviço idealizado, uma liderança efetivamente mobilizadora, a definição de prioridades e a fixação de objetivos. Para além disso, promove a implementação de sistemas de trabalho que respeitam o que é importante para os beneficiários, através da auscultação sobre o grau de satisfação dos utentes e profissionais (Ribeiro et al., 2008).

Os vários níveis do sistema de saúde devem assumir e implementar os princípios da governação clínica e da *corporate governance*, para que a qualidade dos cuidados prestados, incluindo a segurança dos doentes e o combate ao desperdício, seja uma preocupação e uma responsabilidade partilhada entre profissionais de saúde e gestores e um critério primordial, em relação a todas as mudanças a nível das estruturas e dos processos na organização, num quadro de transparência e participação dos cidadãos (Lopes, Carneiro e Saturno, 2010).

Desde a criação da RNCCI, que tem sido imperativo implementar e desenvolver uma política de qualidade, entendida como uma dinâmica de melhoria

contínua, assegurada pelo cumprimento de objetivos estratégicos e de requisitos de organização, funcionamento e prestação de serviços e de cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos (UMCCI, 2009^b).

O sucesso da RNCCI obriga a uma análise contínua que vise identificar os vários componentes de gestão e da prestação de cuidados e que conduza a uma abordagem integrada e sinérgica das várias instâncias da Rede. Desde, o acesso à rede, incluindo o circuito de referenciação de utentes, de forma a garantir a admissão em unidades de internamento ou equipas domiciliárias tecnicamente adequadas à situação de cada utente; a prestação de CCI nas unidades e equipas revelando os impactes dos cuidados e serviços na qualidade de vida dos utentes e familiares/cuidadores; e a consolidação da Rede (planeamento, gestão e avaliação/monitorização de recursos, competências e processos), através do acompanhamento permanente às unidades e equipas prestadoras de cuidados pelas entidades coordenadoras da RNCCI, bem como a realização de auditorias externas (UMCCI, 2009^b). Este círculo virtuoso é promovido pela UMCCI e dinamizado pelos vários intervenientes na RNCCI, constituindo-se assim uma predisposição transversal para a qualidade.

De acordo com Colombo et al. (Cit. por Murakami e Colombo, 2013), garantir e melhorar a qualidade dos serviços de LTC foi classificada como a segunda prioridade política (logo depois de garantir a sustentabilidade orçamental e financeira) em 28 países da OCDE, em 2009-2010.

3.1 Importância da Qualidade nos Cuidados Continuados Integrados

Historicamente, a qualidade tem sido descrita através do quadro de vinculação da qualidade de Donabedian com estrutura, processo e resultado (Donabedian, 2005). Estes domínios, desde então, *têm sido utilizados com frequência ao longo dos últimos 50 anos para medir a qualidade dos cuidados de saúde e, como tal, têm servido igualmente para avaliar a qualidade de LTC* (Murakami e Colombo, 2013, p.47).

De acordo com o quadro de Donabedian (Cit. por Campos, Carneiro e Saturno, 2010, p.23),

as medidas estruturais referem-se ao conjunto de atributos dos locais onde são prestados os cuidados de saúde, incluindo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional. Processo descreve o modo como os cuidados são prestados e recebidos, incluindo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue e as atividades do prestador para chegar ao diagnóstico e implementar um tratamento e os resultados são os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos utentes e populações, incluindo a melhoria do conhecimento do utente, mudanças salutaras de comportamento e a sua satisfação com os cuidados.

Desta forma, os indicadores de estrutura, de processo e de resultado fornecem diferentes tipos de informação. Enquanto que, os indicadores de processo avaliam o modo como determinados serviços são prestados ou administrados (Arling et al., 2009), os indicadores de resultado fornecem informações sobre desvios na prestação de cuidados adequados que influenciam o resultado do cuidado nos seus beneficiários (Donabedian, 2005). Ao contrário dos indicadores de estrutura, os indicadores de processo e resultado necessitam muitas vezes de informações ao nível de prestador, bem como de dados individuais do utente. Normalmente, os dados individuais são derivados de avaliações clínicas dos utentes em intervalos específicos durante o seu atendimento. Os indicadores de processo da qualidade são fáceis de interpretar e traduzir em prática para melhoria (Castle e Ferguson, 2010).

Os indicadores de resultado representam mudanças no estado de saúde e na condição física e função cognitiva atribuíveis a cuidados dispensados ou não fornecidos, o que pode dar instruções para resultados desejáveis de cuidados prestados aos beneficiários (Mor Cit. por Murakami e Colombo, 2013). As medidas de qualidade constituem uma agregação de dados de avaliação, que reflete a forma como os prestadores de cuidados alcançam determinados objetivos clinicamente relevantes.

O conceito do Donabedian propõe que cada domínio tem influência direta sobre o seguinte, iniciando a partir da estrutura para o processo e do processo para o resultado (Murakami e Colombo, 2013). Este conceito tem sido amplamente utilizado para conceituar os limites e dimensões da qualidade em vários projetos de investigação em LTC.

Segundo Donabedian (2003), são sete as componentes da qualidade em saúde: a eficácia – capacidade técnico-científica dos cuidados, *standards* de qualidade que permitem fazer comparações; a efetividade – relação entre resultados obtidos e os que os *standards* apontam com base na evidência científica; a eficiência – a capacidade de obtenção da melhoria do ato ao menor preço; a otimização – a avaliação da melhor relação custo-benefício; a

aceitabilidade – adequação dos cuidados aos desejos, expectativas e valores dos indivíduos, famílias, culturas relacionando-se também com a acessibilidade aos cuidados de saúde; a legitimidade – conformidade com princípios éticos, valores, normas ou leis e a equidade – conformidade com os princípios da justiça na distribuição dos cuidados de saúde e benefícios.

O quadro conceitual da abordagem de cuidados continuados e da garantia da qualidade dos serviços, de acordo com Murakami e Colombo (2013), são constituídos pelas seguintes dimensões:

- Eficácia clínica descreve o grau em que a prestação de cuidados proporciona os melhores cuidados de saúde e de apoio social possíveis, de forma a alcançar a máxima funcionalidade e prevenir condições de agravamento o mais precocemente possível. Este domínio focaliza-se nos resultados atingidos pelos utentes resultantes de uma série de políticas, incluindo a eficácia da avaliação das necessidades de cuidados, tratamento e da prestação de cuidados continuados de saúde e de reabilitação;
- Segurança do utente refere-se ao aspeto de salvaguarda da prestação de cuidados no sentido de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou lesões (Kelley e Hurst, 2006). Este domínio da qualidade centra-se no processo de prestação de cuidados, nos resultados dos utentes e estando intimamente ligada às políticas de prestação de cuidados eficazes, qualificação dos profissionais e gestão dos cuidados continuados;
- Cuidados centrados na pessoa e *empowerment* dos utilizadores, dando oportunidade da pessoa estar ativamente envolvida nos seus cuidados, de forma a garantir que as suas preferências e expectativas são atendidas e a sua experiência de cuidados é agradável. Este *empowerment* dos utentes de cuidados continuados pode assumir a forma de prestação de escolhas, no que diz respeito ao tipo de serviços e a seleção de prestador de cuidados (Lundsgaard, 2005);
- Cuidados integrados e coordenados referem-se ao funcionamento em estreita ligação dos cuidados de saúde e de apoio social e as transições harmonizadas. Os utentes deste nível de cuidados, muitas vezes sofrem de múltiplas morbilidades devido a doenças crónicas e incapacidades, necessitando de um *continuum* de cuidados e acompanhamento nos diferentes níveis de prestação de cuidados.

Nos cuidados continuados, consideram-se como principais características que afetam a qualidade (Murakami e Colombo, 2013):

- Trabalho em equipa é fundamental para a prestação de cuidados aos beneficiários de cuidados continuados integrados, tanto a nível institucional como em cuidados domiciliários devido ao seu papel de primeira linha. Para a pessoa dependente pode ter a forma de receber cuidados de atos íntimos/privados, de carácter regular, por alguém fora da sua rede pessoal, enquanto que para os cuidadores pode assumir a forma de ter que lidar com comportamentos difíceis e invisíveis ligados às condições específicas físicas ou cognitivas (Nies et al., 2010).
- Ambiente de cuidados seguro refere-se à segurança física das instalações, da casa e ambiente de cuidados em relação a acidentes, danos, incêndio e outros riscos, bem como o grau que o ambiente protege a privacidade individual e promove a qualidade de vida dos utilizadores. Um ambiente seguro ajuda a evitar incidentes, promovendo a independência o mais rapidamente possível. Para internamentos, o ambiente físico da instalação pode contribuir para a segurança física e mobilidade funcional dos seus utilizadores, no entanto, aplica-se também aos cuidados domiciliários, na medida em que a casa da pessoa dependente se encontra adaptada às suas necessidades. Um ambiente agradável e seguro significa a criação de uma sensação de segurança física, mental e social o que leva a uma melhor qualidade de vida (Steering Committee Responsible Care, 2007).
- Tecnologia da informação e comunicação (TIC) e de não-TIC cuidados tecnologias assistidas têm atraído mais atenção nos cuidados continuados como ferramentas para conduzir a melhoria na prestação de cuidados (incluindo cuidados de coordenação) e melhorar qualidade de vida dos beneficiários.

3.2 Medição da Qualidade dos Cuidados Continuados Integrados

A medição da qualidade em cuidados continuados integrados pode ajudar a estabelecer linhas de base e de desempenho de referência ao longo do tempo em todas as áreas geográficas, permitindo a comparação nacional e internacional de desempenho dos serviços prestados (Murakami e Colombo, 2013).

Na prática, medir a qualidade de cuidados continuados é desafiador e complexo, tanto na sua conceitualização, como na identificação de indicadores que possam ser expressos numericamente. Ao contrário dos esforços para melhorar a qualidade do atendimento de cuidados agudos, que se concentram principalmente na obtenção de resultados específicos em saúde e evitar erros clínicos; medir a qualidade em cuidados continuados integrados é complexo, quer pelas causas de solicitação serem maioritariamente de natureza degenerativa, quer pela própria configuração do modelo de prestação de cuidados. A combinação destes dois fatores dificulta a especificação de resultados esperados ou estabelecer padrões de referência para a melhoria de resultados. Igualmente desafiante é a definição de medidas que ultrapassem os aspetos clínicos e incidem sobre a globalidade de qualidade de vida dos seus destinatários (Murakami e Colombo, 2013). De acordo com Wiener et al. (2007), procura medir fatores intangíveis, tais como: a escolha do utilizador, a autonomia, dignidade, individualidade, conforto, bem-estar e segurança, relações e atividades sociais significativas.

Atualmente são vários os países que analisam os resultados referentes a rácios de pessoal e utilização dos serviços, alterações no estado de saúde e as funções físicas e cognitivas atribuíveis aos cuidados como sendo de maior relevância. No entanto, outra consideração importante diz respeito ao conceito cujos resultados devem ser considerados quando se mede a qualidade deste nível de cuidados – a medição deve ser focalizada nos beneficiários ou sobre os cuidadores familiares e profissionais de cuidados continuados integrados. Por exemplo, há um crescente interesse em quantificar os resultados dos cuidados de cada prestador de cuidados.

Alguns países, como por exemplo, em algumas províncias do Canadá, Islândia, Alemanha, Coreia, Holanda, Estados Unidos, centram-se no desenvolvimento de medições de aspetos clínicos do cuidado, enquanto que outros têm concentrado os seus resultados no apoio social, na experiência dos utilizadores e a sua qualidade de vida (Inglaterra, Holanda e Suécia). Com o tempo, no entanto, as estruturas utilizadas para avaliar a qualidade dos CCI, na Austrália, Canadá, Inglaterra, Finlândia, Holanda e Estados Unidos, identificaram ambos os resultados enquanto principais dimensões da qualidade (Murakami e Colombo, 2013).

A definição de um ponto de partida e um ponto final (ou resultado) para cuidados continuados integrados, nem sempre é clara, tornando-se difícil de quantificar as mudanças e estabelecer padrões de referência.

Segundo Mor (Cit. por Murakami e Colombo, 2013), definir metas e critérios pode ser importante para estimular a melhoria da qualidade, no entanto, ainda não

há padrões estabelecidos para LTC que poderiam informar sobre o mínimo estabelecido.

Murakami e Colombo (2013) consideram que um dos métodos para prestar cuidados de LTC eficazes e seguros é a configuração de normas para "fazer as coisas certas", com base nas melhores práticas que refletem conhecimentos de enfermagem e médicos. A intenção é definir os requisitos mínimos orientadores da prática dos prestadores institucionais e profissionais, de forma a definir "tipos ideais" de atendimento para as diferentes condições.

A normalização de prática é uma forma mais eficaz e espera-se que mais eficiente, de encontrar soluções para a condução de processos para um nível desejado de cuidados de qualidade. Esta abordagem pode superar alguns dos inconvenientes de regulação, por exemplo o facto de uma regulamentação estrita inibir iniciativas inovadoras e a gestão da criatividade (*Ibidem*; Björnsdóttir, 2013).

Como são definidas normas de avaliação das necessidades e da prática de cuidados, as políticas de monitorização ou de auditoria externa usam esses padrões, permitindo aos decisores políticos e prestadores de cuidados medir desvios a partir de pontos de referência acordados, antes de tomar medidas corretivas.

A normalização da avaliação das necessidades ou dos processos de atendimento e a monitorização dos resultados obtidos, podem ser instrumentos eficazes para determinar sistematicamente as necessidades dos indivíduos, minimizar as variações nos cuidados para certas condições e incentivar os prestadores de cuidados a melhorarem a qualidade do atendimento (Murakami e Colombo, 2013).

Em muitos países da OCDE, a introdução destas políticas tem sido acompanhada e facilitada pelo uso de instrumentos de avaliação para registrar informações sobre as necessidades dos utilizadores. Estas melhorias podem ser maximizadas quando conjugadas com a melhoria da monitorização de estruturas para supervisionar o processo de atendimento e os resultados - como a monitorização dos resultados funcionais dos utilizadores, auditoria, indicadores de qualidade e o uso de pesquisas de satisfação. Estes instrumentos de monitorização permitem fornecer feedback para os formuladores de políticas, prestadores e cidadãos sobre a medida em que os processos de cuidados atendem as necessidades dos utilizadores de LTC.

Dean, Siegert e Taylor (2012) consideram que primeiro, a construção de uma ferramenta de medição capaz de capturar a eficácia da equipa é complexa, bem como os resultados em saúde, segundo pode ser mais apropriado considerar a

eficácia da equipa como um processo através do qual os resultados em saúde podem ser alcançados, daí a necessidade de ferramentas de medição distintas e não ambicionar que uma ferramenta possa fazer tudo.

3.3 Instrumentos de Medida

A utilização de instrumentos de medida validados permite o registo estruturado de informações sobre a pessoa, de tal forma que os dados obtidos podem ser utilizados para criar escalas de desempenho (função física, cognitiva e qualidade de vida). Da informação registada, pode ser observado o desempenho em relação a itens de avaliação ou respostas auto relatadas a questionários. Os dados podem, ainda ser agregados para mostrar a mudança no desempenho dos indivíduos e das populações ao longo do tempo, em resposta à evolução do tratamento e de serviços (Murakami e Colombo, 2013).

A evolução de instrumentos de medição pode ser dividida em três gerações (Murakami e Colombo, 2013). Instrumentos de primeira geração são escalas independentes destinadas a medir um único constructo para um único propósito [existe uma grande variedade: Índice de Barthel para AVD (Mahoney e Barthel, 1965), *Mini-Mental State Examination* (Folstein et al., 1975), Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1982), *Malnutrition Universal Screening Tool* para a nutrição (Stratton et al., 2004)].

A força da avaliação de domínio simples reside na sua regra de medição discreta e extensa análise das propriedades psicométricas (ou seja, confiabilidade e validade) e uso em ensaios clínicos. No entanto, estes instrumentos de medição de domínios limitados, não podem ser usados em conjunto, para produzir ferramentas de avaliação integradas e multidimensionais, eficientes e confiáveis. As tentativas de usar grupos destes instrumentos tipicamente resultam em abordagens de avaliação pesadas, usando itens de avaliação sobrepostos e métodos de avaliação conflitantes. O uso de grupos de instrumentos únicos também carece de utilidade nos diferentes enquadramentos de cuidados.

Os instrumentos de segunda geração, por sua vez, são instrumentos multidimensionais que abordam vários domínios clínicos com aplicabilidade em muitos contextos. Os itens individuais são construídos para registar informações

sobre o foco do indivíduo, e é o conjunto desses itens em seções específicas, que formam um cronograma de avaliação abrangente. São exemplos de instrumentos multidimensionais: CAPE (Pattie e Guilleard Cit. por Murakami e Colombo, 2013), FACE (sd) e EasyCare (2014). A outra principal característica destes instrumentos, é que são projetados para apoiar o planeamento dos cuidados, em vez de apenas registar e monitorizar domínios particulares. A combinação de itens de avaliação abrange questões específicas da área clínica, funcional e social, que precisam ser abordadas de modo a proporcionar os melhores cuidados ao indivíduo na sua globalidade enquanto pessoa.

Alguns instrumentos incluem a capacidade de desencadear uma ação através de protocolos de planeamento de cuidados para condições identificadas na avaliação.

O produto da utilização de instrumentos de medição de segunda geração, é muito significativo na avaliação multidimensional, uma vez que os dados podem ser agregados para produzir medidas de resultado, *casemix*, qualidade dos cuidados e critérios de elegibilidade para acesso aos serviços (Hirdes et al., 1999). Estas bases de dados fornecem uma base que permite comparações entre regiões e países, bem como alterações ao longo do tempo.

A adoção e uso das escalas de medição e de sistemas de medição são em grande parte dependentes da escolha dos profissionais locais, embora as escalas mais sofisticadas de segunda geração podem ser adotadas por organizações prestadoras de serviços ou legislação (Murakami e Colombo, 2013).

Os instrumentos de terceira geração estendem o conceito de ferramentas de segunda geração para vários ambientes de cuidados. Eles fornecem os processos de avaliação que podem ser usados em toda a população e diferentes ambientes de cuidados. Além disso, eles formam um conjunto integrado de instrumentos concebido para apoiar a continuidade das práticas de avaliação de todo o *continuum* de cuidados. Eles criam registos longitudinais centrados na pessoa que podem ser vistos, compreendidos e utilizados independentemente do ambiente de cuidados. A utilização dos mesmos protocolos de apoio ao planeamento dos cuidados, entre os diferentes setores e níveis de cuidados (por exemplo, agudos, comunitários e cuidados institucionais) permitem uma abordagem colaborativa para a prestação de serviços que abrange a prestação de cuidados continuados. O foco está no registo das informações sobre o indivíduo, suas potencialidades de mudança, habilidades e preferências, em vez da informação requerida apenas num nível de cuidados onde essa pessoa possa estar, a qualquer momento. Atualmente, o único exemplo deste tipo de instrumento de medição é a InterRAI. Este sistema

integrado permite a transferência de informação comum em ambientes de cuidados, facilitando assim a continuidade dos cuidados através de transições. Alguns países como Itália, Austrália, Estados Unidos da América estão agora a introduzir os instrumentos InterRAI em resposta às crescentes pressões sobre a entrega de cuidados e de serviços. Combinar observações e avaliações subjetivas da pessoa descrevendo a sua experiência num ambiente de cuidados tornar-se-á a próxima geração de soluções interRAI (Murakami e Colombo, 2013). Esses instrumentos irão combinar medidas físicas, cognitivas, sociais e medidas funcionais em instrumentos de medição que incluem o auto-relato de avaliação da qualidade de vida completadas pela pessoa.

Em Portugal, a RNCCI propõe uma avaliação integral, que reflete a filosofia de avaliação multidimensional da pessoa em situação de dependência, nas componentes: física, cognitiva, socioeconómica e habitacional. Neste âmbito, são habitualmente utilizados instrumentos standardizados individualmente, aplicados por uma equipa interdisciplinar. O trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados (UMCCI, 2007^a).

4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE APOIO À ECCI

Este capítulo integra os aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo. Iniciando-se com a contextualização do estudo, procedendo à sua justificação e finalidade. Ao longo deste capítulo procura-se descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação relativamente aos métodos adotados, tendo em conta a definição da problemática. Na apresentação da metodologia, descreve-se o tipo de estudo adotado, bem como a estratégia utilizada para a colheita e análise de dados.

4.1 Justificação e Objetivos do Estudo

A ECCI é uma unidade orgânica que presta cuidados centrados na pessoa e nas suas necessidades, direitos e expectativas, implicando todos os profissionais na gestão da sua prática clínica e do seu próprio desenvolvimento profissional, garantindo todos os níveis de prevenção, bem como a continuidade de cuidados em qualquer fase do processo assistencial.

A constituição e a implementação das ECCI foi facilitada pelo novo modelo organizativo dos CSP, uma vez que os suportes legais que as legitimam estão criados no Decreto-Lei nº28/2008, que define a constituição da ECCI, no âmbito dos ACES integrando as UCC.

Desta reestruturação depende a resposta mais consentânea das ECCI, nomeadamente no que diz respeito à admissão dos utentes, através de um processo de referenciação idêntico ao praticado em toda a RNCCI: uma equipa multidisciplinar, com intervenção mais abrangente e num horário mais alargado, mais integradora na avaliação das necessidades e na resposta aos cuidados de saúde e de apoio social (UMCCI, 2010, p.6).

A partir de 2009 assiste-se a uma implementação efetiva das ECCI (UMCCI, 2010; UMCCI, 2011^b), já com a reforma dos CSP em curso e com a criação das USF e das UCC. No entanto, a nível nacional, verificam-se grandes assimetrias regionais, quer relativamente ao número de equipas, quer quanto à sua lotação. Constata-se que a região do Algarve, pioneira no desenvolvimento desta tipologia, desde o início garantiu a cobertura populacional, tendo a necessidade de aperfeiçoar alguns aspetos organizacionais. O mesmo sucedeu na região do Alentejo. Na região Centro, apesar do número de equipas quase conseguir a cobertura populacional, verifica-se um défice de recursos alocados. A região Norte iniciou a implementação das ECCI de um modo faseado, apresentando um maior crescimento em 2010, o que ocorreu de forma semelhante na região de Lisboa e Vale do Tejo (UMCCI, 2011^b; 2012^b; 2013).

TABELA 1: Evolução do número de ECCI

	Região	2008	2009	2010	2011	2012
ECCI	Norte	0	9	71	86	86
	Centro	39	39	42	45	50
	LVT	6	6	58	58	56
	Alentejo	9	10	15	35	35
	Algarve	18	21	28	29	31
	Total	72	85	214	253	258

Fonte: UMCCI (2009^d; 2010; 2011^b; 2012^b; 2013)

A mudança de paradigma preconizada pela Rede na organização e prestação de serviços, aliada à sua interseção com vários níveis do SNS e com as políticas de apoio social, implicou uma dinâmica de interiorização paulatina dos novos princípios de organização e funcionamento, transversal a todo o sistema (UMCCI, 2013, p.6). Deste modo, é fundamental a dotação de recursos necessária para a sua estruturação, a introdução de novas formas de trabalho e a organização dos serviços e dos profissionais, que permitam um funcionamento coordenado e que vá de encontro à filosofia definida pela RNCCI.

Desde a sua implementação que a RNCCI tem vindo a desenvolver e consolidar uma política de qualidade, entendida como

uma dinâmica de melhoria contínua, e ainda que a possa incluir, não é sinónimo de acreditação a qual corresponde a um “sistema de reconhecimento externo da qualidade” (Agence Nationale d’Accreditation et d’Évaluation en Santé (ANAES), 2002 Cit. por UMCCI, 2009^b) – assegurada

pelo cumprimento de objetivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos (UMCCI, 2009^b, p.2).

A Grelha de Acompanhamento às Unidades da RNCCI, lançada em 2007, é uma ferramenta técnica que promove a concretização do clausulado dos acordos/contratos, sob a filosofia da RNCCI e inclui as orientações da Portaria nº1087-A/2007, de 5 de setembro. Compete à ECL, em conjunto com as unidades que acompanha, avaliar trimestralmente os parâmetros mínimos de funcionamento e prestação de serviços e cuidados e, caso necessário, definir recomendações sob a forma de metas exequíveis e fiáveis (UMCCI, 2009^b), designadamente, *apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos nas unidades e equipas da Rede* (Decreto-Lei nº 101/2006, p. 3859).

No caso das equipas domiciliárias consta na Carta de Compromisso da ECCI (sd, p.4), a competência da ARS e do Centro Distrital do ISS, I.P. de:

monitorizar e avaliar os processos e resultados da atividade prestada pela ECCI (...), sendo o acompanhamento do desempenho da ECCI efetuado de forma automática e por via eletrónica, não sobrecarregando a ECCI com carga administrativa adicional.

A monitorização é desenvolvida pela UAG do ACES e pela UMCCI via ECR.

No entanto, a monitorização e acompanhamento da atividade da ECCI através do aplicativo informático GestCare CCI tem-se revelado insuficiente para as equipas, pela falta de conhecimento de resultados do desempenho da sua atividade, condicionando de processos de melhoria contínua da equipa. Deste modo, surgiu a necessidade da construção de um instrumento de apoio à equipa prestadora ECCI da RNCCI enquanto ferramenta de auto-avaliação e à ECL uma ferramenta que sirva de guia para o acompanhamento da organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados da equipa domiciliária.

Associada à inexistência de ferramenta de acompanhamento da atividade das equipas domiciliárias, a necessidade deste estudo justifica-se pelas particularidades dos CCI (UMCCI, 2009^b):

- Abordagem e metodologia da RNCCI que implica a alteração cabal de modos de gerir e prestar cuidados;
- Introdução de profundas alterações no modelo orgânico e funcional dos CSP, designadamente perfis com cultura unidisciplinar com prevalência de padrões de comunicação verticalizados, para a aposta na interdisciplinaridade, transparência dos circuitos e horizontalidade na comunicação e valorização da articulação e parcerias locais e regionais;
- Preocupação com a qualidade;

- Resultados da Rede difíceis de avaliar pelos utentes, profissionais ou gestores;
- Adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão por vezes diversas perante a Rede e nem sempre compatíveis;
- Serviços e cuidados prestados em tempo real a pessoas, por vezes, em situação de grande dependência em que a eficácia daqueles é determinada pela qualidade das decisões adotadas em circunstâncias, muitas vezes de intensa tensão emocional.

Neste sentido, o estudo desenvolvido tem como objetivo geral:

- Construir um instrumento de apoio à organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados da ECCI.

Como objetivos específicos:

- Conhecer as orientações, diretrizes e *standards* para a prestação de cuidados das equipas domiciliárias, emanadas pelas organizações internacionais consideradas de referência na área da qualidade dos cuidados de saúde;

- Identificar os parâmetros relevantes para a organização e funcionamento da equipa domiciliária, ECCI;

- Obter o consenso em torno do desenvolvimento de um conjunto de critérios relevantes da atividade da ECCI.

4.2 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um estudo de natureza quantitativa, de carácter exploratório e descritivo. De acordo com o objetivo geral, que se pretende atingir, optou-se pela realização de um estudo que permite a colheita de descrições detalhadas de variáveis existentes e utilizar os dados para justificar e avaliar as condições e prática concorrentes ou fazer planos de melhoria das práticas de atenção à saúde (LoBiondo-Wood e Haber, 2001).

Para domínios de investigação complexos, como o da saúde, para não perder o potencial valor de alguns dados e a capacidade explicativa dos mesmos, é utilizada uma abordagem mista (Gomes e Cesário, 2014). Maggs-Rapport (Cit. por

Streubert e Carpenter, 2013, p. 22) sugere que *existem benefícios de uma abordagem que combina (...) métodos e metodologias, proporcionando rigor metodológico ao serem aplicados sem compromisso dos valores subjacentes.*

Tratando-se o tema do estudo de uma realidade recente, sobre o qual ainda se encontram a desenvolver trabalhos de investigação, utilizou-se a técnica de Delphi como método de colheita de dados.

A técnica de Delphi é um *conjunto de procedimentos interativos aplicados a um grupo não presencial, com o objetivo de obter a opinião consensual sobre uma matéria ou conjunto de matérias para as quais se dispõe de dados insuficientes ou contraditórios* (Justo, 2005, p.5). Consiste num processo estruturado de recolha e síntese de conhecimentos sobre determinado assunto, através de um grupo pré-definido de peritos no tema, por meio da aplicação de uma série de questionários e de um feedback organizado das opiniões.

A técnica de Delphi é uma metodologia de obtenção de consenso de opiniões de um grupo de peritos (também denominados de expertos, especialistas, participantes) por meio de aplicação de questionários estruturados, que circulam entre os participantes (rondas ou etapas), com a realização de um feedback estatístico de cada resposta, até à obtenção de consenso (Hasson, Keeney e McKenna, 2000).

Cipriano Justo (2005, p.7) considera que na técnica de Delphi o nível e tipo de consenso deve ficar antecipadamente definido. De acordo com Hasson, Keeney, e McKenna (2000), o principal estudo estatístico utilizado na técnica Delphi são as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e nível de dispersão (desvio padrão), de modo determinar o grau de consenso dos participantes. Segundo os mesmos autores, as utilizações da mediana e moda são favorecidos. Os critérios de determinação do grau de consenso do presente estudo, de acordo com os autores (Mokkink et al., 2006; Hsu e Sandford, 2007 Cit. por Capelas, 2014) são apresentados na tabela 2.

TABELA 2: Critérios de determinação do grau de consenso

Grau de consenso	Concordância	Mediana
Muito elevado	≥80%	5
Elevado	≥80%	≥4
Moderado	60-79%	≤4
Baixo	<60%	4

Fonte: Capelas (2014, p.100)

De acordo com o nível e tipo de consenso previamente definidos, seriam aceites como critérios que dariam resposta ao objetivo deste estudo, aqueles em que se obtivesse o grau de consenso muito elevado ou elevado, e como tal apenas estes transitariam para a etapa seguinte da técnica de Delphi.

Weaver (Cit. por Justo, 2005, p.1) distingue a técnica de Delphi em três tipos:

Delphi exploratório, que é utilizado para elaborar projeções de acontecimentos, o Delphi normativo aplicado para promover a fixação de objetivos e o Delphi reativo no qual é solicitado aos participantes para reagirem sobre a informação previamente organizada, mais do que gerar ideias.

Neste estudo optou-se pela utilização do Delphi reativo. Apesar do formato clássico da técnica de Delphi iniciar-se através de um conjunto de questões abertas que permite aos peritos identificarem o universo de respostas possíveis, relacionadas com o estudo, alguns autores substituem este passo e apresentam aos peritos uma lista de enunciados consistentes com o objetivo do estudo, recolhidos a partir da revisão da literatura, de dados de observação empírica, de dados de movimento dos serviços, entre outros (Justo, 2005).

A utilização da técnica de Delphi permite o recurso a peritos de diferentes e dispersas áreas geográficas através do uso das novas tecnologias, tais como resposta eletrónica (Hsu e Standford, 2007). Este processo permite ainda que os peritos disponham de tempo adequado para pensar e refletir devido à natureza sequencial dos questionários, bem como manterem-se centrados no problema, devido à natureza estruturada dos questionários (Franklin e Hart, 2006).

A técnica de Delphi é principalmente usado quando a *principal fonte de informação é a avaliação informada* (Ziglio Cit por Somerville, 2008, p.1). *O valor do método de Delphi reside nas ideias que gera, tanto aquelas que evocam consenso como as que não o fazem. Os argumentos de posições extremas também representam um produto útil* (Gordon Cit. por *Ibidem*). Os conceitos subjacentes ao desenvolvimento e compreensão de um tema ou objeto e o facto de os participantes possuírem conhecimento são cruciais para o método de Delphi (Gordon; Linstone e Turoff Cit por *Ibidem*).

O conceito de perito é resumido por Phill (Cit. por Justo, 2005, p.4) como sendo alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo. Press (Cit. por Justo, 2005, p.4) considera que os peritos deverão:

- Conhecer pessoalmente a região, a comunidade ou instituições em estudo;
- Desempenhar funções ou desenvolver atividades relacionadas com o objetivo do estudo;

- Participar ativamente na vida de coletividade ou da instituição;
- Ter participado em trabalhos anteriores sobre problemas relacionados com a matéria em estudo.

Em áreas de aplicação como a saúde, com uma forte componente social, a heterogeneidade seria preferível à homogeneidade na composição do painel de peritos. Segundo Justo (2005, p.5) *a multidisciplinaridade permitiria obter consensos preditivos mais válidos do que aqueles que seriam obtidos se o painel fosse constituído por peritos da mesma especialidade*. No entanto, como a atividade de ECCI é maioritariamente desenvolvida e coordenada por Enfermeiros, considera-se o seu papel determinante, motivo pelo qual se inclui no painel de peritos exclusivamente profissionais de Enfermagem.

Para a constituição do grupo de peritos, definiu-se como critérios de inclusão, ser profissional de Enfermagem que exerce funções, em pelo menos, uma das equipas da RNCCI (ECR, ECL, ECCI) ou na UCC, com participação em trabalhos científicos na área em estudo, de cada uma da região do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo ou Algarve.

Para a obtenção do painel de peritos foi realizada uma pesquisa através da internet, dos profissionais com trabalhos científicos desenvolvidos em CCI e que integrassem pelo menos uma das equipas (ECR, ECL, ECCI e UCC) de cada região.

Deste modo, a população em estudo são os enfermeiros peritos da RNCCI, a nível nacional, que exercem a sua atividade relacionada com a ECCI, quer na integração/coordenação das equipas ECCI e/ou UCC, como na coordenação local ou regional através da ECL ou ECR. Partindo da distribuição regional dos níveis de coordenação da rede, foi definido integrar na amostra em estudo, um enfermeiro perito de cada equipa (ECCI, UCC, ECL, ECR) da região do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e do Algarve, num total de vinte peritos.

4.2.1 Procedimento

Através da pesquisa bibliográfica, o investigador procurou identificar o conjunto de critérios da organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados das equipas domiciliárias, para integrar na proposta de instrumento de apoio à ECCI e dar sentido ao processo de construção do instrumento em estudo.

Assim, o primeiro passo da pesquisa científica foi identificar o conjunto de palavras-chave comumente usados na comunidade científica para definir as áreas de investigação em análise, através do *MeSH browser* sendo identificados os seguintes termos: *continuity of care; domiciliary care; home care services; organizational management; primary health care; outcome and process assessment; health care quality assessment*.

Estas palavras-chave serviram para pesquisa no título, resumo e palavras-chave, sem outros limites. Usaram-se diferentes conjugações utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”. As várias conjugações possibilitaram diversos resultados que variavam entre poucas dezenas de artigos, quando eram introduzidos mais termos com o operador booleano e milhares, quando era usada apenas uma ou duas palavras. Verificou-se que existem poucos estudos específicos sobre as equipas domiciliárias e a forma como a gestão e organização destas equipas está a ser estudada. Tratando-se, na sua maioria, de estudos sobre programas referentes a patologias específicas de atuação multidisciplinar em contexto domiciliário.

A revisão inicial da literatura teve também o propósito, de aumentar o material identificado e como objetivo recolher informação sobre a atualidade da gestão e qualidade das equipas multidisciplinares de âmbito domiciliário e integradas no nível intermédio de cuidados, consultando diversas obras de referência. As obras de referência consultadas foram as orientações nacionais emanadas pela UMCCI: Orientações Gerais para a Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2007^a), Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde (MCSP, 2007), Grelha e Guião de acompanhamento às Unidades de Internamento da RNCCI (UMCCI, 2007^b), Guia da RNCCI (UMCCI, 2009^a), Política e Estratégia da Qualidade (UMCCI, 2009^b), Cuidados Continuados: Desafios (Nogueira, 2011) e Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua (UMCCI, 2011^a).

E orientações internacionais publicadas pela OCDE: *Long-Term Care for Older People* (OCDE, 2005), *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper* (Kelley e Hurst, 2006) e *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care* (OCDE, 2013), consultando fontes primárias, em suporte eletrónico sobre aspetos da política da qualidade europeia, monitorização e desenvolvimento da qualidade, nos cuidados continuados integrados. Foram também consultadas orientações internacionais da OMS: *Lessons for Long-Term Care Policy* (OMS, 2002), *Home Care in Europe: Solid*

Facts (Tarricone e Tsouros, 2008), no sentido de contextualizar a política da qualidade no âmbito domiciliário.

Posteriormente foram consultadas as fontes secundárias, referidas nos documentos enumerados, para uma pesquisa de informação detalhada sobre o tema em estudo.

Após a revisão e análise inicial da literatura, a partir de 5 de novembro de 2013, foram utilizadas as bases referenciais SCOPUS e Science Direct, utilizando a seguinte sintaxe de busca:

((("long-term care") OR ("intermediate care") OR ("continuing care")) AND ("home care services") AND ("quality management") AND ("team management")))

Na pesquisa foi estabelecido a utilização do campo específico para a pesquisa (*title*, *abstract*, *keyword*), o limite temporal de artigos/publicações desde o ano 2000 até à atualidade e artigos em *full text*. Tendo sido identificados um total de 124 artigos. Após a leitura do título e resumo desses artigos, verificou-se que, grande parte deles, referiam-se a diagnósticos clínicos e características desses utentes, no acompanhamento das equipas, enquanto que outros centravam-se no envelhecimento da população e a referida intervenção destas equipas, pelo que foram apenas selecionadas 54 publicações. Destas, por sua vez, foram selecionadas sete publicações para o estudo, obtidas através do agregador de conteúdos EBSCO Host Web e Google académico, por focarem aspetos relativos à organização e funcionamento das equipas. Destas publicações quatro são revisões sistemáticas da literatura, uma revisão integrativa da literatura e os restantes artigos da área em estudo.

Nos artigos selecionados, seguiu-se a leitura completa do documento e a procura de *standards*, orientações de boas práticas, critérios da atividade das equipas domiciliárias. Apesar de a informação recolhida evidenciar características das equipas domiciliárias, não permitiu a recolha de *standards* e parâmetros específicos para a criação de um instrumento.

Por este motivo, após busca manual nos motores de busca académicos, Google e Google académico, foram incluídas outras publicações como *Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care* (JCI, 2012), *InterRAI Home Care Assessment Form and User's Manual* (Morris et al., 2009), *Domiciliary Care Agencies Minimum Standards* (Department of Health, Social Services and Public Safety (DHSSPS), 2011); *Domiciliary Care National Minimum Standards* (Department of Health (DH), 2000), por se tratar de orientações,

diretrizes ou *standards* de organizações internacionais de referência na área da saúde e da qualidade dos cuidados.

A construção de *standards* ou parâmetros de funcionamento e prestação de serviços e cuidados na Rede tem sido uma preocupação da UMCCI, pelo que a “Grelha de Acompanhamento às Unidades” da RNCCI (UMCCI, 2007^b) e o Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência (MS, sd), contém alguns dos parâmetros ou padrões de qualidade, relacionados com funções de prestação de cuidados aos utentes e com a disponibilização de uma organização segura, eficaz e bem gerida.

Estes padrões de qualidade, segundo a UMCCI (2007^b, p.2), são considerados “obrigatórios” porque defendem os direitos fundamentais dos utentes e familiares, promovem instalações e equipamentos seguros e reduzem os riscos no processo de prestação de cuidados e serviços aos utentes. Por esse motivo, foi considerado como documento de referência para a construção da proposta de instrumento de apoio à ECCI, acrescentando orientações internacionais a nível dos cuidados domiciliários para ser submetida à avaliação por peritos.

Com a identificação dos prováveis participantes, procedeu-se ao contacto prévio por telefone para apresentação do estudo, solicitação de endereço do correio eletrónico para envio da informação e respetivo consentimento informado (Anexo 1), caso manifestassem essa vontade. Solicitando ainda a sugestão de profissionais de enfermagem que reunissem os critérios de inclusão, para posterior contacto e possibilidade de participar no estudo, caso o número previsto de peritos não fosse alcançado.

Foi obtido o consentimento informado de dez, dos peritos identificados e contactados, que constituem a amostra do estudo e cujos resultados se encontram apresentados na tabela 3.

TABELA 3: Painel de peritos por área

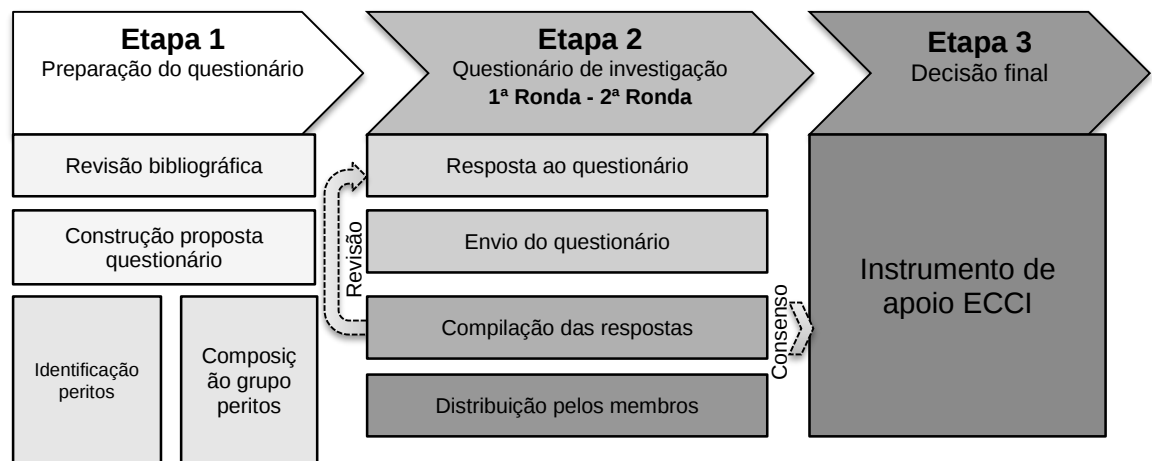
Região	Identificação de peritos		Peritos do estudo	
	Nº	%	N ^a	%
Norte	4	20%	1	10%
Centro	4	20%	2	20%
LVT	4	20%	3	30%
Alentejo	4	20%	1	10%
Algarve	4	20%	3	30%
Total	20	100%	10	100%

Na primeira ronda, foi apresentada a proposta de instrumento de apoio à ECCI. Em cada parâmetro é questionado aos peritos o seu grau de concordância com o mesmo através de uma Escala de Likert de 5 pontos “1- Completamente em desacordo” a “5- Completamente de acordo”. Para complementar a resposta a cada critério apresentado, foi disponibilizado no final de cada grupo, um campo para comentários e sugestões que os peritos desejassem efetuar.

Na segunda ronda, foi solicitada uma nova avaliação, face aos dados que tinham na sua presença, que seria definitiva para avaliação do grau de consenso e seleção dos parâmetros a incluir no instrumento de apoio à ECCI.

A cronologia do estudo é apresentada na Figura 1.

FIGURA 1: Cronologia do estudo



4.3 Aspetos Éticos da Investigação

Dilemas éticos inerentes a assuntos como consentimento informado, anonimato e confidencialidade, colheita e tratamento de dados, publicação e relação participante/investigador são revistas à luz dos problemas ímpares que surgem no desenho e condução da investigação (Streubert e Carpenter, 2013).

O investigador permaneceu aberto à possibilidade de novas considerações éticas no decorrer da investigação, uma vez que os padrões éticos são dinâmicos e que o processo, pela sua natureza, pode levar a preocupações éticas imprevistas. *Mais ainda, os padrões evolutivos devem estar assentes nos princípios éticos de autonomia, beneficência e justiça* (Streubert e Carpenter, 2013, p.62).

O investigador tem de obter o consentimento informado e a participação deve ser voluntária, apoiando o princípio da autonomia. Para Polit e Beck (2004, p.151):

o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente participar na investigação ou declinar.

O investigador proporcionou ao participante informação suficiente e adequada na prestação do consentimento informado (Anexo 1), sendo incluída informação sobre a finalidade e o alcance do estudo, informação de como o investigador entra no campo, o compromisso de tempo do participante, o tipo de perguntas que serão realizadas, o uso de dados aos resultados e como o seu anonimato e confidencialidade será salvaguardada (Richards e Schwartz, 2002); (Munhall Cit. por Streubert e Carpenter, 2013).

Atendendo à natureza imprevisível da investigação e às questões éticas que surgem no contexto do estudo, o consentimento informado deve ser um processo contínuo (Munhall Cit. por Streubert e Carpenter, 2013), o que exige aos investigadores, em diversos pontos do processo, reavaliarem o consentimento dos participantes do estudo. Ou seja, o processo de consentimento oferece a oportunidade para mudar o consentimento original à medida que o estudo se desenrola e são necessárias mudanças.

A investigação por meio da internet, apesar de proporcionar acesso inovador às interações humanas, apresenta preocupações novas e emergentes no que concerne ao anonimato e à confidencialidade.

A pequena dimensão da amostra e a própria natureza da colheita de dados, no estudo, através do correio eletrónico torna o anonimato impossível, no entanto o investigador fez todos os esforços para assegurar que a confidencialidade fosse cumprida. Através do uso do correio eletrónico, foi enviado o instrumento de colheita de dados sem qualquer tipo de identificação do perito, utilizando-se apenas a identificação numérica do instrumento para a realização posterior da análise e tratamento dos dados. Não foi incluída qualquer informação que permitisse a identificação do perito. *A garantia de confidencialidade implica que os dados dos sujeitos da investigação serão usados de tal modo que mais ninguém além do investigador conhece a fonte* (Behi e Nolan Cit. por Streubert, Carpenter, 2013, p.65).

De acordo com Polit e Beck (2004, p.149-150)

uma promessa de confidencialidade é uma garantia dada a qualquer participante de que a informação que dará não será publicamente relatada de modo a identificá-lo e não estará acessível a outros (...) e o anonimato ocorre quando nem sequer o investigador consegue ligar um participante aos (seus) dados.

4.4 Resultados

A apresentação dos resultados, inicia-se com a apresentação da Tabela nº 4 que identifica as publicações obtidas na revisão da literatura.

TABELA 4: Revisão da literatura

Tipo de artigo	Título	Autor(es) e ano
Revisão sistemática da literatura	<i>A literature review of interprofessional working and intermediate care in the UK</i>	Rout et al., 2009
	<i>Home care in Europe: a systematic literature review</i>	Genet et al., 2011
	<i>The Influence of Context on Quality Improvement Success in Health Care: A Systematic Review of the Literature</i>	Kaplan et al., 2010
	<i>What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review</i>	Xyrichis e Lowton, 2008
Revisão integrativa da literatura	<i>Interdisciplinary practice: a matter of teamwork: an integrated literature review</i>	McCallin, 2000
Artigo	<i>Identifying structure and aspects that 'continuing nursing care' used in discharge support from hospital to home care in Japan</i>	Nagae et al., 2013
	<i>Tool for evaluating research implementation challenges: A sense-making protocol for addressing implementation challenges in complex research settings</i>	Simpson et al., 2013

Concluída a revisão da literatura, foi elaborada uma proposta de instrumento de colheita de dados eletrónico constituída por três partes (Anexo 2):

A - Dados Identificativos;

B - Organização e funcionamento da equipa domiciliária;

C - Prestação de cuidados de saúde e reabilitação.

O número inicial de participantes ao longo do estudo foi diminuindo ligeiramente, sendo que na 1ª ronda responderam a totalidade dos participantes e na 2ª ronda 90% dos que participaram na ronda anterior (TABELA 5).

TABELA 5: Evolução do painel de peritos por área e por etapa

Região	1ª Ronda		2ª Ronda	
	N ^a	%	N ^o	%
Norte	1	10%	1	11.1%
Centro	2	20%	2	22.2%
LVT	3	30%	2	22.2%
Alentejo	1	10%	1	11.1%
Algarve	3	30%	3	33,3%
Total	10	100%	9	100%

A apresentação dos resultados segue o alinhamento do instrumento e as etapas do estudo. Em cada um dos pontos, inicia-se pela fundamentação teórica da inclusão dos parâmetros no instrumento através da revisão bibliográfica. E posteriormente, são apresentados os resultados obtidos ao longo do uso da técnica de Delphi, com a consequente seleção dos parâmetros de acordo com os critérios de consenso previamente definidos.

A - Dados identificativos

TABELA 6: Parâmetros identificativos

A- Dados Identificativos			Diretrizes, normas, orientações, legislação
			UMCCI (2007 ^b)
(Região)	(Distrito)	(DD. MM. AAAA)	
(Instituição Gestora da Equipa Prestadora)	(Equipa Coordenadora Local)		
Elementos da Equipa (nome/função)	Elementos da ECL (nome/função)		
1. Tipologia da Equipa			UMCCI (2007 ^b)
Equipa de Cuidados Continuados Integrados ☐			
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos ☐			
2. Denominação da Equipa	3. Lotação	UMCCI (2007 ^b);	
	4. Ocupação	UMCCI (2011 ^a)	

Mantendo o modelo da grelha de acompanhamento às unidades (UMCCI, 2007^b), o primeiro ponto refere-se aos dados identificativos. Decidiu-se manter os parâmetros que permitem a identificação da Região e Distrito em que se encontra sedeadada a equipa prestadora; a data em que se realiza a visita; a identificação da instituição gestora da equipa; a identificação dos elementos da equipa presentes e da ECL e os respetivos elementos que procederão à visita/sessão de acompanhamento.

Na proposta de instrumento da ECCI, foi adicionada a identificação da tipologia da equipa domiciliária (ECCI ou ECSCP) que será acompanhada, a sua denominação, a sua *lotação* (UMCCI, 2011^a, p.122) e a ocupação observada no dia da visita.

TABELA 7: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo aos dados identificativos

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
1. Dados idenficativos										
1	6	4	96.7%	5	ME	6	3	100%	5	ME
2	6	4	96.7%	5	ME	7	2	97.5%	5	ME
3	6	4	90%	4.5	E	7	2	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E - Elevado										

Na primeira ronda constatou-se que o grau de consenso é elevado a muito elevado, tendo-se verificado o não preenchimento dos parâmetros ou o preenchimento indevido dos dados. Tendo a segunda ronda mostrado uma melhoria. Todos os critérios foram seleccionados para a sua inclusão no instrumento.

Um dos comentários efetuados pelos peritos foi que *a avaliação da ECCI deve ser semestral*.

B - Organização e funcionamento da equipa

TABELA 8: Parâmetros de organização e gestão

1. Organização e gestão	Diretrizes, normas, orientações, legislação
1.1. Horário de funcionamento	MS (sd), UMCCI (2011 ^a); Portaria nº 1087-A/2007
1.2. Regulamento Interno	MS (sd); Portaria nº1087-A/2007
1.3. Manual de procedimentos ou documento Estão definidas as funções e responsabilidades de cada área de intervenção, de acordo com o seu perfil técnico e competências.	Portaria nº1087-A/2007, MS (sd); DHSSPS (2011); JCI (2012)
1.4. Coordenação da equipa multidisciplinar	DHSSPS (2011); JCI (2012); Decreto-Lei nº28/2008
1.5. Reuniões multidisciplinares	DHSSPS (2011); JCI (2012); MS (sd)
1.6. Reuniões restritas e alargadas	
1.7. Resumos/atas das reuniões multidisciplinares	(MS, sd).

1.1. A Carta de Compromisso ECCI (sd, p.1) determina que o ACES assegura o funcionamento da ECCI todos os dias do ano, no período das 8h às 20h de 2^a a 6^a feira e das 9h às 17h aos sábados, domingos e feriados, com o ajuste de horários que a experiência ditar.

Segundo a Portaria nº1087 - A /2007 (p.6320), que define as condições das instalações e funcionamento da tipologia de internamento da RNCCI, as unidades *devem ter sempre disponível e em local bem visível e de fácil acesso (...) o horário de funcionamento.*

1.2. Para assegurar a informação e divulgação da estrutura, organização e regras de funcionamento da ECCI, esta equipa deverá dispor de um Regulamento Interno. A Portaria nº1087 - A/2007, define necessidade da existência de um Regulamento Interno nas unidades de internamento e define os elementos obrigatórios.

Segundo o Manual do Prestador (2011^a, p.23) e Portaria nº1087 – A (2007, p.6320) *este regulamento, depois de aprovado pela entidade promotora e gestora da unidade que o apropra, carece de aprovação da respetiva ECR da RNCCI.* Considerando a reforma dos CSP, a estrutura orgânica da UCC é definida no regulamento interno, aprovado pelo diretor executivo do ACES, de acordo com o

artigo 14º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Enquanto equipa multidisciplinar e intersetorial, está organicamente ligada a uma UCC de um ACES para fins de coordenação de recursos e de gestão da interligação e partilha de recursos com outras unidades funcionais do ACES.

A Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care (JCI, 2012, p.182) padroniza a necessidade de definição de uma política escrita ou protocolo que estabeleça os *requisitos para desenvolvimento e manutenção de políticas internas*, bem como *procedimentos e um processo de gestão de políticas e procedimentos externos*. Uma política ou protocolo descreve como a organização dos cuidados domiciliários vai ser controlada.

1.3. *Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como as respetivas substituições em caso de ausência* (Portaria nº1087 – A, 2007, p. 6320). Neves, Garrido e Simões (2008), consideram que a clarificação de funções e responsabilidades de cada profissional da equipa permite uma perspetiva sistémica possuída pelos membros da equipa, capacitando-os a olhar o contributo do trabalho da sua equipa em termos de interação e de interdependência.

As políticas, procedimentos, leis e regulamentos aplicáveis orientam e permitem uma prestação de cuidados uniforme a todos os pacientes (JCI, 2012, p.75), sendo usadas *orientações e diretrizes de prática clínica e/ou protocolos clínicos para nortear a prestação de cuidados clínicos* (JCI, 2012, p.110). Para além disso, *as responsabilidades de cada membro da equipa estão definidas na descrição das suas funções* (JCI, 2012, p.141).

1.4. O coordenador da UCC é designado de entre enfermeiros com, pelo menos, o título de enfermeiro especialista, com experiência efetiva na respetiva área profissional, de acordo com os procedimentos e critérios que constam do artigo 15º do Decreto-Lei nº 28/2008. *Porém a ECCI, mantém a sua individualidade, autonomia técnica e liderança próprias, não colidindo com a articulação harmoniosa da UCC de referência e a sua coordenação* (Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), 2010, p.2).

Um ou mais profissionais qualificados dirigem cada serviço prestado pela organização de cuidados domiciliários, sendo os serviços coordenados e integrados entre si (JCI, 2012, p.167). *Os coordenadores asseguram que existe uma comunicação e coordenação efetiva entre os responsáveis por providenciar serviços clínicos* (JCI, 2012, p.177).

1.5. *São realizadas periodicamente reuniões multidisciplinares entre o pessoal e a gestão do Serviço/Estabelecimento para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação dos cuidados* (MS, sd, p.11). Rutherford e McArthur (Cit. por Xyrichis e Lowton, 2008) consideram as reuniões de equipa particularmente importantes para o funcionamento eficaz da equipa, identificando-as como um fator facilitador da quebra de barreiras profissionais e de modo a melhorar a comunicação interprofissional.

Os líderes garantem que haja uma comunicação eficaz e de coordenação entre os responsáveis pelo fornecimento de serviços clínicos, desenvolvem métodos formais e informais para promover a comunicação entre membros e entre serviços (JCI, 2012, p.177).

1.6. A preparação de uma reunião tem consequências na sua qualidade, devendo ser estabelecido, em primeiro lugar, o objetivo da reunião, seguido do planeamento da agenda. A escolha dos participantes da reunião, terá impactos significativos quer no processo, quer nos resultados (Neves, Simões e Garrido, 2008). De acordo com Doyle e Straus (Cit. por Neves, Simões e Garrido, 2008), existe uma relação direta entre os participantes na reunião, o conteúdo e a qualidade dos resultados que dela derivam. Na convocatória de participantes deve-se dar atenção à dimensão e à composição global do grupo que deverá ser adequada aos objetivos estabelecidos.

1.7. *São elaborados resumos/atas das decisões tomadas em reunião e que ficam disponíveis* (MS, sd, p. 11).

TABELA 9: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à organização e gestão

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
1. Organização e gestão										
1.1	10	0	98%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.2	10	0	86%	5	ME	8	1	100%	5	ME
1.3	10	0	90%	5	ME	8	1	100%	5	ME
1.4	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.5	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.6	10	0	98%	5	ME	9	0	95.6%	5	ME
1.7	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado

Os parâmetros de organização e gestão da ECCI apresentam uma concordância entre os 86% e os 100% e uma mediana de 5, tendo um grau de consenso muito elevado, pelo que são selecionados a totalidade dos parâmetros para a construção do instrumento. Como comentários foi apresentado em ambas as rondas, por um dos peritos, que *os parâmetros 1.5, 1.6, 1.7, 1.8 devem ser contemplados no Plano de Ação / Regulamento Interno da UCC, e ainda a sobreposição de funções ECL/UCC/ARS*. Outro dos peritos acrescenta na segunda ronda, que *quando a ECCI é parte integrante do centro de saúde, muitas das vezes os pontos 1.5, 1.6, 1.7 e 1.8 ficam comprometidos*.

TABELA 10: Parâmetros de gestão de parcerias

2. Gestão de parcerias	Diretrizes, normas, orientações, legislação
2.1. Metodologia para estabelecimento de parcerias	MS (sd); JCI (2012)
2.2. Protocolos com cada um dos parceiros	MS (sd)
2.3. Relatórios da intervenção dos parceiros	MS (sd); JCI (2012)

2.1. *Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias, de acordo com as necessidades a satisfazer (MS, sd, p.8). Os contratos e outros acordos celebrados são incluídos na organização de cuidados continuados como parte na melhoria da qualidade e programa de segurança do paciente (JCI, 2012, p.164).*

2.2. *São estabelecidos protocolos com cada um dos parceiros, com a definição da respetiva intervenção específica (MS, sd, p.8);*

2.3. *Elaborados relatórios periódicos da intervenção dos parceiros na concretização dos objetivos estabelecidos (Ibidem). Os coordenadores de departamento recebem e agem em conformidade com os relatórios que recebem das entidades contratadas e asseguram que os relatórios são integrados no processo de avaliação de qualidade da organização de cuidados continuados (JCI, 2012, p.164).*

TABELA 11: Número de participantes, concordância e grau de consenso relativos à gestão de parcerias

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
2. Gestão de parcerias										
2.1	10	0	88%	4.5	E	9	0	91.1%	5	ME
2.2	10	0	78%	4	M	9	0	93.3%	5	ME
2.3	10	0	78%	4	M	9	0	95.6%	5	ME

Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E – Elevado; M-Moderado

Da análise dos parâmetros relativos à gestão de parcerias da ECCI verifica-se que se obteve um grau de consenso moderado a elevado na primeira ronda, tendo aumentado o grau de consenso para muito elevado na segunda ronda, sendo por isso considerados como parâmetros a incluir no instrumento.

TABELA 12: Parâmetros de garantia da qualidade

3. Garantia da Qualidade	Diretrizes, normas, orientações, legislação
3.1. Metodologia para monitorização e melhoria dos cuidados	DHSSPS (2011), DH (2000), JCI (2012); MS (sd)
3.2. Avaliação dos resultados da equipa através de indicadores	DH (2000)
3.3. Auditorias internas	DHSSPS (2011)
3.4. Procedimento que define medidas corretivas	DHSSPS (2011)

3.1. Segundo a Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care, os *líderes da organização colaboram para a realização do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente* (JCI, 2012, p.107) e têm um papel-chave para garantir que o plano de segurança do paciente e da qualidade, molda a cultura da organização e o seu impacto em todos os aspetos dos seus cuidados. *Este plano tem a colaboração e empenho através de uma abordagem multidisciplinar (Ibidem)*. Neste programa de melhoria contínua da qualidade, os líderes asseguram (JCI, 2012, p.107):

- *O papel de design do sistema e redesenho no processo de melhoria;*
- *Uma abordagem multidisciplinar, com todos os serviços na organização;*
- *Coordenação entre os vários serviços e atividades organizacionais (...);*

- *Uma abordagem sistemática na medida em que emprega processos semelhantes ou uniformes de qualidade e conhecimento para levar a cabo a melhoria e as atividades de segurança do paciente.*

A melhoria da qualidade e segurança do paciente são informações comunicadas ao pessoal (JCI, 2012, p.108).

Está definida a metodologia para a monitorização e melhoria dos processos; a recolha e análise de informação relevante (dados gerados pelas atividades de medição, monitorização e por outras fontes relevantes - resultados das auditorias, ações de fiscalização, análise da satisfação dos cidadão/utilizadores, das reclamações...) (MS, sd, p.29). São elaborados planos de melhoria face aos resultados da recolha e análise da informação relevante (Ibidem).

Existem políticas e procedimentos que dirigem a qualidade dos cuidados e serviços (DHSSPS, 2011, p.31), sendo a equipa supervisionada e o seu desempenho avaliado para promover a prestação de cuidados e serviços de qualidade (Ibidem, p.37).

3.2. Existe um sistema efetivo para garantia da qualidade baseado nos resultados obtidos através dos utentes dos serviços, no âmbito do qual os standards e os indicadores a serem alcançados são claramente definidos e monitorizados de modo contínuo pela equipa de prestação de cuidados e auxiliares e pelos seus coordenadores (DH, 2000, p.39).

3.3. As práticas de trabalho são sistematicamente auditadas para assegurar que estão conforme as políticas e procedimentos escritos da organização e são tomadas medidas quando necessário (DHSSPS, 2011, p.28).

3.4. A organização implementa um conjunto claro de políticas e procedimentos para apoiar a prática e de modo a atender aos requisitos legislativos e que são datados e monitorizados como parte do processo de garantia de qualidade. As políticas e os procedimentos são revistos e retificados anualmente ou com maior frequência, se necessário (DH, 2000, p.38).

TABELA 13: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos à garantia da qualidade

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
3. Garantia da qualidade										
3.1	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
3.2	10	0	98%	5	ME	8	1	97.5%	5	ME
3.3	10	0	92%	5	ME	8	1	97.5%	5	ME
3.4	10	0	90%	4.5	E	8	1	97.5%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E - Elevado										

No grupo de parâmetros relativos à garantia da qualidade, os peritos manifestaram, na segunda ronda, um grau muito elevado de consenso pelo que foram incluídos no instrumento de apoio à ECCI.

TABELA 14: Parâmetros de recursos humanos

4. Recursos humanos					Diretrizes, normas, orientações, legislação
4.1. Equipa multidisciplinar de cuidados continuados é composta por:					Decreto-Lei nº101/2006; UMCCI (2011 ^a , p.134)
Áreas Profissionais	Nº	NºTotal Horas Semanais	Formação frequentada Trimestre	Observações	
Assistente Social					
Enfermeiro					
Médico					
Nutricionista					
Pessoal Auxiliar					
Psicólogo					
Outros					
4.2. Profissionais da equipa estão identificados (fotografia, nome e categoria)					DH (2000); UMCCI (2007 ^b)
4.3. Procedimento que define como é assegurado as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento					Portaria nº1087-A/2007; DH (2000), DHSSPS (2011), JCI (2012)

4.1. A prestação de cuidados (...) equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3864).

4.2. Toda a equipa de prestação de cuidados e auxiliares usa cartões de identificação quando entram na casa dos utentes do serviço (DH, 2000, p.27). Os profissionais estão, devidamente, identificados (UMCCI, 2007^b, p.2).

4.3. Definir as funções e responsabilidades de cada profissional, bem como as respetivas substituições em caso de ausência (Portaria nº1087-A/2007, p.6320).

TABELA 15: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos aos recursos humanos

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
4. Recursos humanos										
4.1	7	3	94.3%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
4.2	10	0	94%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
4.3	10	0	90%	5	ME	9	0	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

No ponto recursos humanos o grau de consenso é muito elevado nos parâmetros apresentados.

TABELA 16: Parâmetros de instalações, equipamentos e dispositivos

5. Instalações, equipamentos e dispositivos	Diretrizes, normas, orientações, legislação
5.1. Verificar a existência:	MCSP (2007)
- Gabinete de atendimento e/ou sala(s) de trabalho para os profissionais - Sistema de informação - Local(is) de armazenamento, medicamentos e material de consumo clínico - Telemóvel(is) - Viatura de serviço/plano de utilização da viatura	
5.2. Dispositivos promotores de autonomia existentes	UMCCI (2007 ^b); JCI (2012)
5.3. Estão disponíveis nas instalações da equipa domiciliária:	Portaria nº1087-A/2007, UMCCI (2011 ^a)
- Organograma da equipa - Mapa de pessoal /Escala de serviço - Existência de Regulamento Interno - Existência de Manual/Guia de Acolhimento - Informação da existência do Livro de Reclamações	

5.1. Para o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade, bem como para a resposta atempada às necessidades de saúde da população, deve estar associado ao processo de constituição da ECCI, de forma gradual, as seguintes instalações e equipamentos adequados (MCSP, 2007, p.16): *sala(s) de trabalho para profissionais das equipas domiciliárias; sistema de informação; local(is) de armazenamento de medicamentos e material de consumo clínico necessários à atividade; medicamentos e material de consumo clínico; disponibilização de telemóvel(is); disponibilização de viatura(s) e ajudas técnicas.*

5.2. *Há outros fatores promotores de autonomia na Unidade a cumprir* (UMCCI, 2007^b, p.3).

5.3. A Portaria nº1087-A/2007 determina a informação que as unidades devem afixar em local visível e de fácil acesso. Entre estes aspetos, encontram-se o mapa de pessoal e respetivos horários de trabalho; organograma; horário de funcionamento; plano e horário das atividades; referência à existência de regulamento interno, de livro de reclamações, à existência do guia de acolhimento do utente.

TABELA 17: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos às instalações, equipamentos e dispositivos

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes R	NR	%	Md	Consenso	Participantes R	NR	%	Md	Consenso
5. Instalações, equipamentos e dispositivos										
5.1	10	0	96%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
5.2	10	0	88%	4.5	E	9	0	97.8%	5	ME
5.3	10	0	94%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E- Elevado										

Os parâmetros apresentados tiveram um grau de consenso grau de consenso muito elevado e elevado, pelo que foram incluídos no instrumento.

TABELA 18: Parâmetros de controlo da infeção e gestão de resíduos

6. Controlo da infeção e gestão de resíduos	Diretrizes, normas, orientações, legislação
6.1. Responsável pela gestão do risco na equipa	Despacho Ministerial nº14178/2007; (JCI, 2012); DHSS (2011)
6.2. Manual de procedimentos/Manual de Boas Práticas Políticas, procedimentos documentados e atualizados de controlo da infeção	DGS (2007); UMCCI (2007 ^b); (JCI, 2012); DHSS (2011)
6.3. Revisão sistemática do Manual de procedimentos	DGS (2007); (JCI, 2012); UMCCI (2007 ^b); DHSS (2011);
6.4. Formação/atualização de todos os profissionais envolvidos no manuseamento de resíduos	DGS (2007); UMCCI (2007 ^b); (JCI, 2012)
6.5. Material de prestação de cuidados visivelmente limpo	UMCCI (2007 ^b)
6.6. A higienização das mãos é um procedimento habitual por todos os elementos da equipa	DGS (2007); (JCI, 2012)

6.1. O Despacho Ministerial nº 14178/2007 (p.1) determinou a *criação de comissões de controlo da infeção nas unidades públicas de prestação de cuidados de saúde integradas nas redes hospitalar, de cuidados continuados e de cuidados de saúde primários e no setor privado.*

Um ou mais indivíduos, qualificados nas práticas de controlo da infeção em virtude da sua formação, treino, experiência e certificação, vigiam e controlam as atividades de prevenção de infeções (JCI, 2012, p.122) e o planeamento e implementação de um programa para garantir um ambiente de cuidados domiciliários seguro e eficaz (JCI, 2012, p.129).

6.2 -6.3. *O programa de prevenção e controlo de infeção é baseado em conhecimentos científicos atuais, orientações práticas reconhecidas e as leis e regulamentos aplicáveis (JCI, 2012, p.123).*

A normalização de condições e procedimentos de triagem, o acondicionamento e o transporte de resíduos segundo as normas hospitalares vigentes (UMCCI, 2007^b, p. 17).

A organização de prestação de cuidados domiciliários tem um plano para identificação, manuseamento, armazenagem e uso de materiais perigosos e para o controlo e tratamento desses materiais e resíduos (JCI, 2012, p.133).

A organização de prestação de cuidados domiciliários identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infeção e implementa estratégias para reduzir o risco de infeção (JCI, 2012, p.125).

6.4. O programa de formação de controlo da infeção deve incluir todos os profissionais, clínicos e não clínicos (mas também os utentes, familiares/cuidadores informais e outros visitantes frequentes) (UMCCI, 2007^b, p.16).

A organização de prestação de cuidados domiciliários educa e treina todos os membros da equipa acerca dos seus papéis no fornecimento de um ambiente seguro e eficaz ao paciente (JCI, 2012, p.136).

A organização de prestação de cuidados domiciliários periodicamente testa e documenta os conhecimentos da equipa através de demonstrações, formação e outros métodos adequados (JCI, 2012, p.137), considerando o papel de cada um no programa de controlo de infeção (JCI, 2012, p.123)

6.5. Luvas, máscaras, óculos e outros equipamentos de proteção, como sabão e desinfetantes estão disponíveis e são usados corretamente quando necessário (JCI, 2012, p.125). A equipa é fornecida com material de proteção apropriado e equipamento adequado para o trabalho, de forma a prevenir o risco de dano, lesão ou infeção para o próprio ou para outros (Ibidem).

É efetuada a descontaminação de materiais clínicos reutilizáveis de acordo com as melhores e mais atuais práticas e standards e são guardados registos (DHSSPS, 2011, p.44).

6.6. A higiene das mãos, as técnicas de barreira e agentes de desinfecção são ferramentas fundamentais para a prevenção e controlo adequado de infeções segundo a UMCCI (2007^b) e a JCI (2012).

TABELA 19: Número de participantes, concordância e grau de consenso relativos ao controlo da infeção e gestão de resíduos

1ª Ronda						2ª Ronda				
Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso	
R	NR				R	NR				
6. Controlo da infeção e gestão de resíduos										
6.1	10	0	92%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
6.2	10	0	96%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
6.3	10	0	92%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
6.4	10	0	96%	5	ME	9	0	95.6%	5	ME
6.5	10	0	100%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
6.6	10	0	100%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado

O grupo de peritos apresenta no ponto de controlo da infeção e gestão de resíduos, um grau de consenso muito elevado para o funcionamento, organização e prestação de cuidados e serviços da ECCI, pelo que foram incluídos no instrumento final.

TABELA 20: Parâmetros de registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos

7.	Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos	Diretrizes, normas, orientações, legislação
7.1.	Procedimento padronizado para reportar acidentes com profissionais, com utentes, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos	UMCCI (2007 ^b); DH (2000), JCI (2012)
7.2.	Política de prevenção, deteção e gestão de abusos, maus tratos e negligência	UMCCI (2007); DH (2000), JCI (2012); Lei nº 112/2009

7.1. *Existe um procedimento padronizado para reportar acidentes com profissionais, com utentes, erros na administração de medicação, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos (UMCCI, 2007^b, p. 18).*

A organização de prestação de cuidados domiciliários estabelece um programa de redução de quedas baseado em políticas e/ou procedimentos (JCI, 2012, p.43).

7.2. *A organização de prestação de cuidados domiciliários dirige avaliações individuais e iniciais para populações especiais cuidadas pela organização (JCI, 2012, p.50).*

O procedimento para proteger adultos vulneráveis e salvaguardar crianças e jovens são incluídos no manual de integração da equipa.

A equipa tem treino completo e conhecimento sobre: proteção de abuso; indicadores de abuso; respostas apropriadas a suspeitas, alegações e efetivos abusos; denunciar suspeitas, alegados e atuais abusos.

Todas as suspeitas, alegações e situações atuais de abuso são relatadas às pessoas e entidades competentes de acordo com os procedimentos (DHSSPS, 2011, p.38).

TABELA 21: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos ao registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
7. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos										
7.1	10	0	92%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
7.2	10	0	94%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

Os parâmetros apresentados cumprem os critérios de determinação do grau de consenso muito elevado.

TABELA 22: Parâmetros de formação em contexto de trabalho

8.	Formação em contexto de trabalho	Diretrizes, normas, orientações, legislação
8.1.	Manual de integração Está definida a metodologia de integração de novos profissionais	UMCCI (2007 ^b); DH (2000), JCI (2012)
8.2.	Prática reflexiva no modelo integrativo de prestação de cuidados	JCI (2012)
8.3.	Identificação das necessidades de formação Elaborado um plano anual de formação profissional	DHSSPS (2011), DH (2000); JCI (2012)
8.4.	Plano anual de formação profissional proposto pela ECCI é cumprido.	Portaria nº1087-A/2007, DHSSPS (2011), JCI (2012); DH (2000)

8.1. A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua, sendo que a prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3864).

A equipa deverá desenvolver políticas conducentes à motivação dos profissionais (UMCCI; 2007^b, p.12):

- (...) *criar oportunidades de supervisão profissional seja interna, recorrendo a reuniões de equipa uni ou multidisciplinares, ou externa através de supervisor/a ou equipa de supervisores extra-Unidade para apoiar os profissionais no desempenho das suas funções ou em função de um determinado objetivo da instituição gestora (ex. plano de qualidade);*
- *o acesso à formação, interna e externa, que abranja áreas diversas como o modelo de cuidados da RNCCI, os princípios operacionais de autonomia e bem-estar do utente, o trabalho multi e interdisciplinar, a gestão do processo individual de cuidados e a implementação de um sistema de qualidade.*

8.2 *No contexto de trabalho procuram-se espaços de reflexão e partilha que possibilitem o envolvimento de toda a equipa no cuidar do utente com qualidade e a troca de conhecimentos e experiências, que são potencialmente formativos, através de processos de formação experiencial, de autoformação e de socialização (Abreu, 2007, p.105).*

A organização de prestação de cuidados domiciliários oferece instalações e tempo para a educação e formação de pessoal (JCI, 2012, p.147).

8.3 – 8.4. *Cada membro da equipa recebe educação, formação laboral contínua e treino para manter ou aumentar as suas capacidades e conhecimentos (JCI, 2012, p.146)*

Toda a equipa de prestação de cuidados e de apoio é regularmente supervisionada e anualmente avaliada na sua prática standardizada (DH, 2000, p.34).

TABELA 23: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à formação em contexto de trabalho

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes R	NR	%	Md	Consenso	Participantes R	NR	%	Md	Consenso
8. Formação em contexto de trabalho										
8.1	9	1	93.3%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
8.2	10	0	92%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
8.3	10	0	96%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
8.4	10	0	96%	5	ME	9	0	93.3%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

O grau de consenso apresenta uma ligeira diminuição da primeira para a segunda ronda. No entanto, pelo grau de consenso obtido consideram-se os parâmetros selecionados para integrar o instrumento final.

C- Prestação de cuidados de saúde e reabilitação

TABELA 24: Parâmetros de acesso e continuidade de cuidados e serviços

1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços	Diretrizes, normas, orientações, legislação
1.1. O acesso é determinado pela ECL com o prévio Consentimento Informado	Despacho nº19040/2006; Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008; DHSSPS (2011), DH (2000), JCI (2012);
1.2. Utentes admitidos possuem contexto sócio-familiar e situação de saúde cuja intensidade e complexidade de cuidados permite e/ou promove a sua prestação no domicílio	Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008; (MCSP, 2007)
1.3. Admissão efetivada no período máximo de 48 horas Realiza a VD nas primeiras 24 horas após a admissão da/o utente	(MCSP, 2010); DH (2000)
1.4. Planeamento da alta é iniciado logo que a/o utente é admitido	UMCCI (2011 ^a)
1.5. Planeamento da alta com articulação prévia e conjunta entre utente, a equipa prestadora de cuidados e a ECL e consubstanciada em Nota de Alta	Portaria nº1087-A/2007, (ARSC, 2010)
1.6. Pedido de reserva de vaga	Ofício Circular nº425/2008 (UMCCI, 2008 ^b), Ofício nº487/2008 (UMCCI, 2008 ^c), Portaria nº1087-A/2007; UMCCI (2011 ^a)
1.7. Procedimento de encaminhamento e alta do utente/cuidador	JCI (2012); UMCCI (2011 ^a)
1.8. Garantia de segurança e a continuidade dos cuidados após alta	JCI (2012)
1.9. Atendimento telefónico para supervisão e aconselhamento do utente/cuidador, no horário de funcionamento e em horário alargado	MCSP (2007); DHSSPS (2011); JCI (2012); MS (2007, p.33)

1.1. Para cumprir os princípios da Rede, o acesso deve ser equitativo, respeitando a decisão da ECL da *avaliação clínica e social e dos objetivos terapêuticos, constantes na proposta de admissão elaborada pela EGA, de modo a*

determinar, num período não superior a 48 horas, a admissão ou readmissão numa das Unidades/Equipas da Rede - Despacho Conjunto nº19040/2006 (p.19248). Para admissão em Unidade/Equipa da Rede é necessário obter o prévio consentimento informado, expresso, por escrito, por parte do utente ou do seu representante (Diretiva Técnica nº4, 2008, p.1).

O consentimento informado do paciente é obtido através de um processo definido pela organização de prestação de cuidados domiciliários e é executado por uma equipa treinada (JCI, 2012, p. 68).

1.2. A Diretiva Técnica nº1/2008 da UMCCI (p.6) *considera critério específico para referenciação para admissão nas equipas domiciliárias da RNCCI, a situação de dependência em que o doente reúne condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita.*

De acordo com a carteira de serviços dos CCI nos CSP (MCSP, 2007, p.10) para pessoas que careçam de cuidados de maior complexidade, seja pela sua quantidade ou pela sua diferenciação/especificidade, o apoio domiciliário pode não ser viável, quer por parte da família, quer por parte dos profissionais das equipas domiciliárias, implicando, nesse caso, a sua referenciação para os diferentes níveis de assistência na Rede.

1.3. *Após a admissão na ECCI, a intervenção interdisciplinar e integrada, deve ser realizada nas primeiras 48 horas após referenciação (MCSP, 2010, p.35).*

É efetuada uma avaliação das necessidades de cuidados domiciliários em relação a novos usuários do serviço antes de dar início ao serviço domiciliário (ou dentro de dois dias úteis em circunstâncias excecionais), por pessoas com treino específico, usando métodos apropriados de comunicação para que os utentes do serviço e os seus representantes sejam plenamente envolvidos (DH, 2000, p.11)

1.4. *A preparação da alta deve ter início antecipadamente, de forma a permitir encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados conjugando a necessária articulação entre o utente, Equipa, a ECL da área de influência (UMCCI, 2011^a, p.22).*

1.5. *A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita a continuidade de cuidados em colaboração com a ECL (Portaria nº1087-A/2007, p. 6320), seguindo os circuitos de mobilidade e alta da RNCCI. Para assegurar a continuidade de cuidados no pós-alta da Equipa, é fulcral a articulação com a equipa de saúde familiar. A ECCI manterá sempre a equipa de saúde familiar*

(da UCSP ou da USF) do utente informado da evolução da situação e de eventuais necessidades a suprir (ARSC, 2010, p.2).

1.6. Quando os utentes internados em Unidade/Equipas da RNCCI necessitem de cuidados em hospital de agudos, num período superior a 24 horas, pode haver reserva de lugar (por um período nunca superior a 8 dias), contando este tempo para a determinação de taxa de ocupação da unidade (UMCCI, 2011^a, p.22). Caso o período de tempo seja superior ao definido para reserva de lugar (8 dias), os utentes beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI (*Ibidem*).

1.7. Consta nota de alta nos processos de utentes que tiveram alta da Unidade (UMCCI, 2011^a, p. 132).

1.8. Para garantir a continuidade do atendimento e serviços, a informação do utente é transferida com o utente quando possível (JCI, 2012, p. 84). Uma comunicação eficaz é oportuna, precisa, completa, inequívoca e compreendida pelo destinatário, reduz os erros e resulta na melhoria da segurança do utente. A comunicação pode ser eletrónica, verbal ou escrita (*Ibidem*).

1.9. Para situações devidamente identificadas pela equipa, deverá ser garantido o atendimento telefónico num horário alargado, para acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente e/ou cuidadores (MCSP, 2007, p.13).

TABELA 25: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos ao acesso e continuidade de cuidados e serviços

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços										
1.1	9	1	100%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.2	10	0	92%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
1.3	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.4	10	0	88%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
1.5	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.6	10	0	66%	3.5	M	9	0	80%	5	ME
1.7	10	0	94%	5	ME	8	1	100%	5	ME
1.8	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
1.9	9	1	95.6%	5	ME	8	1	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E- Elevado; M- Moderado										

Relativamente ao ponto de acesso e continuidade de cuidados e serviços constata-se que o grau de consenso dos peritos é muito elevado, com exceção do parâmetro de pedido de reserva de vaga, que os peritos consideram nos comentários realizados ser uma sobrecarga de trabalho para os profissionais na referência após o período de agudização. A concordância neste parâmetro aumentou de 66% para 80%, em que a única alteração foi a apresentação do guião do instrumento de apoio. Na primeira ronda, quatro dos peritos pronunciavam-se em relação ao parâmetro de pedido de reserva de vaga, referindo que *o período pode ser alargado desde que não exista lista de espera para admissão, pois existe falta de recursos humanos nos serviços para referência de novo episódio*. Por outro lado, referem que *dada a situação clínica e cronicidade de patologia/agudização é difícil prever o planeamento da alta*, sendo acrescentado que *a reserva de vaga tem tempo indeterminado*.

TABELA 26: Parâmetros de informação e comunicação com o utente

2. Informação e comunicação com o/a utente	Diretrizes, normas, orientações, legislação
2.1. Ao longo do processo de acolhimento à/ao utente e/ou cuidadores são informados: - Filosofia e princípios da RNCCI - Visão e regras gerais do funcionamento da equipa domiciliária - Constituição dos profissionais da equipa domiciliária - Cuidados e serviços prestados pela equipa domiciliária - Direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores - Horário de funcionamento da equipa; - Procedimento para apresentação de sugestões e reclamações	Portaria nº1087-A/2007, DHSSPS (2011), JCI (2012); Portaria nº355/1997; Portaria nº1288/2005; Morris et al. (2010, p.3)
2.2. Guia de Acolhimento à/ao utente/cuidadores	UMCCI (2011 ^a); DH (2000), DHSSPS (2011); JCI (2012)
2.3. As informações sobre a equipa são dadas, verbalmente, explicitando o suporte escrito	UMCCI (2011 ^a); DHSSPS (2011); JCI (2012)
2.4. A/o utente é informada/o, regularmente, da sua situação psicossocial e de saúde	UMCCI (2007 ^b); DHSSPS (2011), JCI (2012)
2.5. Cada utente tem um gestor de caso identificado na equipa	UMCCI (2007 ^b); DHSSPS (2011); JCI (2012)
2.6. Confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pela/o utente/cuidadores.	UMCCI (2007 ^b); DH (2000); DHSSPS (2011); JCI (2012); Lei nº12/2005; Lei nº67/1998

2.1. Segundo a InterRAI (2010, p.3) são princípios básicos do atendimento domiciliário:

- *Os profissionais são convidados no domicílio dos utentes e o seu objetivo é completar uma avaliação abrangente da pessoa, de forma a:*
 - *Maximizar a capacidade e qualidade de vida funcional do indivíduo;*
 - *Resolver problemas de saúde, assegurando que o indivíduo permanece na sua casa tanto tempo quanto possível.*
- *Para o mesmo, é necessário:*
 - *Identificar o propósito da sua visita;*
 - *Identificar problemas funcionais, médicos e sociais que estão atualmente ou potencialmente limitantes;*
 - *Identificar pontos fortes e ativos da pessoa e integrando a observação direta e a entrevista, a fim de codificar com precisão as informações.*
- *Pode servir para:*
 - *Fornecer uma base para uma avaliação mais aprofundada das necessidades não reconhecidas ou não satisfeitas;*
 - *Desenvolver um plano de cuidados que assegura que cada fator limitante ou potencialmente limitante é integrado no contexto das circunstâncias de vida exclusivo para aquele utente e geridas de modo a maximizar a qualidade de vida da pessoa e função.*

Quando a organização de prestação de cuidados domiciliários recebe o paciente, fornece-lhe e/ou à sua família, informação sobre os cuidados e serviços propostos, os resultados esperados dos serviços e cuidados e algum custo expectável (JCI, 2012, p. 47).

O envolvimento dos cuidadores informais/familiares, (...) no processo de acolhimento é fulcral para que, desde logo, se fomente a ideia da Equipa como uma atuação partilhada nos cuidados à/ao utente (UMCCI, 2007^b, p.7).

2.2 – 2.3 O Manual/Guia de Acolhimento, que constitui o “cartão de visita” da Equipa e procura, na ótica do utente, concretizar a filosofia da RNCCI (UMCCI; 2007^b).

A entrega deste documento deve estar integrado num processo de acolhimento, com procedimentos sistematizados e generalizados a todos os utentes em fase de admissão, e serve para informar, de forma escrita e/ou verbal de acordo com o perfil da/o utente, e esclarecer sobre informações da Equipa (UMCCI, 2007^b, p.7).

Os potenciais utentes do serviço recebem na primeira oportunidade (ou decorridos não mais de 5 dias úteis após o início do serviço) (DHSSPS, 2000, p.14)

o "Guia do utente do serviço" que fornece informações abrangentes e atuais sobre a organização e os serviços prestados (Ibidem, p.17).

O "Guia do utente do serviço" é revisto quando necessário e as versões atualizadas são fornecidas à Autoridade de Regulação e Garantia de Qualidade (DHSSPS, 2011, p.28).

Todos os utentes do serviço, os seus cuidadores e potenciais utentes devem receber o Guia de Utente do Serviço e são informados do modo como podem analisar e aceder à Declaração de Intenções da organização (DH, 2000, p.11).

2.4. A comunicação entre profissionais e utentes (...) são também uma oportunidade para as/os utentes para saberem informação sobre a sua situação de saúde e psicossocial (UMCCI; 2007^b, p.6).

Os utentes do serviço, os seus familiares e/ou representantes são plenamente e a todo o tempo informados sobre todos os assuntos relacionados com os cuidados (DH, 2000, p.14).

2.5. O Gestor de Caso deverá ser o profissional que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e lhe serve de suporte na comunidade, identificado entre os elementos da ECCI. Pelas características das necessidades desta população e da natureza de cuidados a prestar, na maioria das vezes, caberá ao enfermeiro esse papel (MCSP, 2007, p.10).

O gestor de caso assegura que existe continuidade nos cuidados e nos auxiliares que cuidam de cada utente, sendo apenas trocados por motivos imperiosos (DH, 2000, p.14).

2.6. A equipa de prestação de cuidados e auxiliares respeitam a informação recebida pelos utentes do serviço e dos seus representantes, guardando confidencialidade e lidando com a informação de acordo com a Lei de Proteção de Dados (1998) e as políticas e procedimentos da organização e os interesses do utente (DH, 2000, p.13).

A informação sobre o paciente é confidencial e protegida de perdas ou maus usos (JCI, 2012, p.63), sendo garantida a privacidade e confidencialidade da informação (JCI, 2012, p.179).

TABELA 27: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à informação e comunicação com o utente

1ª Ronda						2ª Ronda				
Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso	
R	NR				R	NR				
2. Informação e comunicação com o utente										
2.1	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
2.2	10	0	90%	5	ME	9	0	100%	5	ME
2.3	10	0	94%	5	ME	9	0	100%	5	ME
2.4	10	0	94%	5	ME	9	0	100%	5	ME
2.5	10	0	94%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
2.6	10	0	98%	5	ME	9	0	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado

Relativamente à informação e comunicação com o utente constata-se na segunda ronda, uma concordância entre os 97,8% e os 100%, com um grau de consenso muito elevado dos parâmetros apresentados, considerando-se selecionados para a constituição do instrumento.

TABELA 28: Parâmetros de direitos do utente e promoção da autonomia

3.	Direitos do/a utente e promoção da autonomia	Diretrizes, normas, orientações, legislação
3.1.	A/o utente é tratada/o com respeito e valorizado enquanto pessoa e o seu direito à privacidade é mantido	UMCCI (2007 ^b); UMCCI (2011 ^a); DH (2000); JCI (2012)
3.2.	A/o utente e/ou cuidadores são claramente informados sobre os procedimentos, o modo como podem participar nos cuidados e na tomada de decisão	UMCCI (2011 ^a); DH (2000); JCI (2012)
3.3.	É garantido o envolvimento das/os cuidadores através dos seguintes aspetos: - Inclusão no processo de acolhimento - As suas perspetivas e capacidades são incluídas no plano de cuidados Sempre que possível, participam na prestação de cuidados pelos elementos da equipa e são estimulados a participar nas atividades de vida diárias da/o utente	UMCCI (2011 ^a); DH (2000); JCI (2012)
3.4.	É assegurada a participação da/o utente A sua perspetiva é considerada e influencia o plano de cuidados; é envolvida/o durante a prestação de cuidados diretos; as suas preferências são registadas e respeitadas	UMCCI (2011 ^a); DH (2000); JCI (2012)

3.1. Na RNCCI o utente é o centro de toda a intervenção, o que significa que a pessoa em situação de dependência tem de ser encarada como cidadão de plenos direitos e, para isso, os dirigentes e os vários profissionais têm a obrigação ética de zelar pelo respeito, acesso e exercício desses direitos de forma a garantir boas práticas (UMCCI, 2007^b, p.8).

Os serviços de prestação de cuidados respeitam a liberdade e dignidade pessoal de cada paciente, a sua expressão e escolhas independentes (JCI, 2012, p.62), bem como as suas necessidades de privacidade (Ibidem, p.62). Os cuidados e o apoio são prestados de modo a manter e respeitar, continuamente, a privacidade, dignidade e estilo de vida da pessoa que recebe esses cuidados (DH, 2000, p.17).

3.2. A família pode ser muito útil, nas áreas de avaliação e na compreensão de vontades e preferências do utente no processo de avaliação. A avaliação deve ser consistente, completa e oportuna para planear a prestação do cuidado necessário (JCI, 2012).

Os pacientes e as famílias recebem informação adequada acerca da doença, dos tratamentos propostos dos profissionais de saúde para que sejam capazes de tomar decisões sobre os cuidados e serviços (JCI, 2012, p.69). Os coordenadores e os auxiliares de prestação de cuidados permitem que os utentes tomem decisões quanto às suas vidas, ao fornecer informação, assistência e apoio quando necessário (DH, 2000, p.18).

3.3. A organização de prestação de cuidados domiciliários ajuda os pacientes e as famílias no seu direito a participar no processo de prestação de cuidados e serviços (JCI, 2012, p.64).

3.4. As perspetivas do indivíduo (atitude, crenças, emoções, hábitos e história de vida, nível de motivação e expectativas) podem constituir obstáculos à sua recuperação, ocupação/atividade e participação (UMCCI, 2007^b, p.11).

TABELA 29: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos aos direitos do utente e promoção da autonomia

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes		%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
	R	NR				R	NR			
3. Direitos da/o utente e promoção da autonomia										
3.1	10	0	100%	5	ME	9	0	100%	5	ME
3.2	10	0	98%	5	ME	9	0	100%	5	ME
3.3	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
3.4	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado										

No que se refere aos direitos do utente e à promoção da autonomia, verifica-se que em todos os parâmetros, o grau de consenso obtido é muito elevado. Assim, são incluídos no instrumento de apoio à ECCI.

TABELA 30: Parâmetros de cuidados e serviços ao utente

4. Cuidados e serviços ao/à utente	Diretrizes, normas, orientações, legislação
4.1. Prestados os serviços e cuidados, conforme a tipologia da RNCCI	Decreto-Lei nº101/2006; MCSP (2007); UMCCI (2011 ^a)
4.2. Avaliação integral das necessidades e expectativas do utente/cuidadores	MCSP (2007); UMCCI (2011 ^a), DH (2000); JCI (2012)
4.3. Definição das responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação	UMCCI (2011 ^a); DH (2000), JCI (2012)
4.4. Procedimento escrito para a elaboração do PII	UMCCI (2011 ^a); Decreto-Lei nº 101/2006; DH (2000); JCI (2012)
4.5. PII realizado pela equipa multidisciplinar com a participação da/o utente e/ou cuidador Planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo	UMCCI (2007 ^a); DH (2000); JCI (2012)
4.6. O PII integrado contém: - Avaliação das necessidades da/o utente/cuidador/família - Respostas organizadas e flexíveis - Cuidados a prestar e objetivos a atingir - Nível de intervenção da/o utente/cuidador na implementação do PII - Atuação de cada elemento interventor - Identificação de riscos e as ações a implementar e informação sobre o gestor de caso	UMCCI (2011 ^a); DH (2000); JCI (2012); DHSSPS (2011)
4.7. Definição das responsabilidades relativas à elaboração, implementação, avaliação e revisão do PII	(Carta de Compromisso, sd); Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2010; UMCCI (2011 ^a); DH (2000); JCI (2012); DHSSPS (2011)
4.8. Avaliação e registo da dor	UMCCI (2011 ^a); DGS (2003); JCI (2012)
4.9. Avaliação do peso na admissão e alta	UMCCI (2011 ^a); JCI (2012); Morris et al. (2010)

4.1. Cuidados definidos no artigo nº26 do Decreto-Lei nº101/2006.

4.2. *O processo de avaliação inicial inclui uma avaliação dos fatores físicos, psicológicos, sociais e económicos que é utilizada para identificar os cuidados e serviços necessários para apoiar as necessidades do paciente (JCI, 2012, p.49).*

4.4. A Rede, entre os vários princípios-base sob os quais se rege, destaca-se no Decreto-Lei nº 101/2006 (p.3858): *a elaboração do plano individual de intervenção (...) que compreende os objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção (Ibidem, p. 3857).*

4.5. O utente e a família estão envolvidos no processo de planeamento. *A abordagem de cuidados de saúde e de apoio social da RNCCI, coloca o utente no centro dos serviços prestados, assenta na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazos) (UMCCI, 2007^a, p.10).*

A equipa fornece cuidados domiciliários planeados com a frequência e com os dias e horários que atendam às necessidades do utente e a manutenção da capacidade funcional do paciente. Sempre que possível, são feitos esforços para manter a rotina diária do utente. Deste modo, a programação de cuidados e serviços deve envolver o utente e / ou família, com base nas suas necessidades e preferências. Os utentes são apoiados nas suas necessidades e no alcançar das suas metas de saúde e independência (JCI, 2012) e UMCCI (2007^a).

4.6. *O planeamento de cuidados e serviços aborda as preferências do utente, expectativas, capacidades remanescentes, necessidades diárias e rotinas anteriores* e segundo a Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care (2012, p.72) inclui:

- *Identificação dos serviços específicos a serem prestados;*
- *Prioridades de cuidados e serviços como tratamentos e procedimentos;*
- *Tipo, frequência e duração cuidados;*
- *Identificação dos membros da equipe do paciente ou equipes interdisciplinares responsáveis pela prestação de serviços;*
- *Objetivos para cuidados e serviços.*

4.7. A reavaliação é crucial para entender se as decisões de cuidados e de serviços são eficazes. Os utentes são reavaliados ao longo do processo de cuidados e serviços e as reavaliações são realizadas em frequência variável, dependendo da configuração e das necessidades do utente, ou seja, consoante as necessidades identificadas no plano de cuidados e serviços, ou de acordo com o registo mínimo obrigatório a ser efetuado para a ECCI na admissão, nos primeiros

15 dias após início dos cuidados e mensalmente (Carta de Compromisso da ECCI, sd; Diretiva Técnica nº1/UMCCI, 2010).

Segundo a Joint Commission International Accreditation Standards for Home Care (2012), a reavaliação dos resultados no processo do utente deve ser feita:

- Em intervalos regulares durante o atendimento e serviços consoante o utente e as necessidades identificadas;
- Em resposta a uma alteração significativa no estado do utente;
- Se o diagnóstico do utente ou sintomas apresentados modificaram e as necessidades de cuidados e serviços requerem que o planeamento de cuidados seja revisto;
- Em resposta a uma mudança significativa no ambiente domiciliário / circunstâncias como a morte de um cônjuge ou cuidador;
- Em resposta ao pedido do utente para uma mudança de serviços ou metas individuais;
- Determinar se o plano de cuidados foi bem sucedido e o utente pode ser transferido ou ter alta.

4.8. A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003, p.1).

Todos os utentes são avaliados em termos de dor e a avaliação e gestão da dor são concebidas para ir ao encontro das necessidades do paciente e apoiar a prestação de cuidados e serviços (JCI, 2012, p.81).

4.9. A monitorização do peso e da dor constitui uma das bases fulcrais para a construção de indicadores clínicos relevantes para a avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde (UMCCI, 2007^b; JCI, 2012; Morris et al., 2010). Para pessoas em situação de dependência, em particular porque nem sempre é fácil garantir uma ingestão energética e de nutrientes equilibrada, a manutenção ou recuperação do estado nutricional corrobora um estado de saúde positivo, sendo também basilar para a promoção da autonomia.

TABELA 31: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos aos cuidados e serviços ao utente

1ª Ronda						2ª Ronda				
Participantes			%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
R	NR	R				NR				
4. Cuidados e serviços à/ao utente										
4.1	10	0	92%	5	ME	9	0	100%	5	ME
4.2	10	0	94%	5	ME	9	0	100%	5	ME
4.3	10	0	94%	5	ME	9	0	100%	5	ME
4.4	10	0	96%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
4.5	10	0	94%	5	ME	9	0	100%	5	ME
4.6	10	0	94%	5	ME	9	0	100%	5	ME
4.7	10	0	94%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
4.8	10	0	100%	5	ME	9	0	95.6%	5	ME
4.9	10	0	68%	3,5	M	9	0	73.3%	3	M
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; M- Moderado										

Nos parâmetros que apresentam os cuidados e serviços ao utente verifica-se um muito elevado grau de consenso, com exceção do parâmetro de avaliação do peso, sendo referido pelos peritos a dificuldade de execução do procedimento no domicílio a utentes totalmente dependentes. Assim, o grau de consenso moderado, determina a não inclusão deste parâmetro no instrumento.

TABELA 32: Parâmetros de gestão do processo de cuidados e da informação

5. Gestão do processo de cuidados e da informação	Diretrizes, normas, orientações, legislação
5.1. Existência de processo individual de cuidados continuados (suporte papel) para cada utente	Decreto-Lei nº 101/2006; UMCCI (2011 ^a); DHSSPS (2011), JCI (2012)
5.2. No processo individual de cuidados continuados consta: - PII estabelecido e reavaliado, com identificação do diagnóstico médico (principal e secundário) - Plano terapêutico multidisciplinar e assinado pela equipa Escala de avaliação de dependência preconizadas na RNCCI	Portaria nº1087-A/2007, UMCCI (2011 ^a), JCI (2012), DHSSPS (2011)
5.3. Planos individuais de intervenção são revistos regularmente	UMCCI (2011 ^a), DH (2000), JCI (2012)
5.4. Consta nota de alta no processo de utentes que tiveram alta da Equipa	UMCCI (2011 ^a), JCI (2012)
5.5. Acesso restrito à área de arquivo dos processos individuais de cuidados continuados	UMCCI (2007 ^b), JCI (2012)

5.1. *É obrigatória a existência, em cada unidade ou serviço, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, do qual deve constar: o registo de admissão; as informações de alta; o diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência; plano individual de intervenção; o registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3863).*

Os resultados da avaliação são documentados no registo do paciente e estão prontamente disponíveis para os responsáveis de prestação de cuidados e serviços (JCI, 2012, p.75). O plano de cuidados e serviços de cada paciente é baseado em evidências, individualizado e escrito no registo clínico (Ibidem, p.77)

A organização de prestação de cuidados domiciliários inicia e mantém um registo por cada paciente (JCI, 2012, p.183).

Todas as atividades tomadas em relação ao plano de cuidados do utente são registadas e a informação relevante é comunicada às pessoas apropriadas (DHSSPS, 2011, p.21).

5.2. *O registo do paciente contém informação suficiente para o identificar, para apoiar quaisquer novos diagnósticos feitos durante a prestação de serviços domiciliários, para justificar o tratamento, para documentar a evolução e os resultados do tratamento e para promover a continuidade de cuidados entre os profissionais de saúde (JCI, 2012, p.183).*

5.3. *Todos os registos devem ser legíveis, rigorosos, atuais e assinados e datados pela pessoa que regista (DHSSPS, 2011, p.23).*

Segundo a Joint Commission International (2012), os resultados da avaliação são utilizados em todo o processo de cuidados e serviços, portanto, é essencial que a avaliação seja documentada de forma uniforme e que esteja localizada no processo do utente e esteja prontamente disponível para os responsáveis dos cuidados.

Todos os pacientes são reavaliados periodicamente para determinar a sua resposta aos cuidados e serviços e para planear os cuidados subsequentes ou a alta (JCI, 2012, p.52).

O plano de cuidados e serviços do paciente são revistos quando necessário em virtude de uma alteração da condição do paciente (JCI, 2012, p.77).

A organização contribui para a revisão do plano de cuidados do utente (DHSSPS, 2011, p.23).

5.4. *O processo de revisão do registo de organização dos cuidados domiciliários inclui registos de pacientes atuais, bem como de pacientes que receberam alta* (JCI, 2012, p.185).

5.5. Por um lado, deve existir respeito pelo direito à informação da pessoa em situação de dependência o que determina que o processo possa ser consultado por esta e, ainda pelos familiares ou representante legal nos termos da legislação aplicável, por outro, a Equipa terá de garantir a privacidade da/o utente assegurando o acesso restrito ao processo individual de cuidados continuados (UMCCI, 2007^b).

A equipa domiciliária respeita as informações como confidenciais e implementa políticas e procedimentos que protegem essas informações contra perda ou uso indevido. Compartilhar informações da equipa com membros da família só com o consentimento do utente ou quando a lei e a regulamentação ou crenças culturais permitirem (JCI, 2012).

TABELA 33: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativo à gestão do processo de cuidados e da informação

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes R	NR	%	Md	Consenso	Participantes R	NR	%	Md	Consenso
5. Gestão do processo de cuidados e da informação										
5.1	10	0	100%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
5.2	10	0	90%	4.5	E	9	0	97.8%	5	ME
5.3	10	0	98%	5	ME					
5.4	10	0	94%	5	ME	9	0	97.8%	5	ME
5.5	10	0	94%	5	ME	9	0	95.6%	5	ME
5.6	9	1	91.1%	5	ME	9	0	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E- Elevado										

No ponto de gestão do processo de cuidados e da informação verifica-se um grau de consenso muito elevado nas duas rondas da técnica de Delphi. Na reformulação da proposta de instrumento de apoio para a versão de *checklist* optou-se por agrupar os parâmetros 5.2. e 5.3. e submeter a apreciação dos peritos na 2ª ronda do estudo, tendo mantido o grau de consenso muito elevado.

TABELA 34: Parâmetros de cuidados paliativos

6. Cuidados Paliativos	Diretrizes, normas, orientações, legislação
6.1. Presta cuidados holísticos através da intervenção multidisciplinar, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva	DGS (2013); MS (2011 ^a), JCI (2012),
6.2. Pelo menos um elemento de Enfermagem e Médico possui formação específica avançada ou especializada reconhecida em cuidados paliativos	MCSP (2007), DGS (2013); MS (2011 ^a), Decreto-Lei nº 28/2008; JCI (2012),
6.3. A/o utente e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisão	JCI (2012)
6.4. Registo sistemático de deteção precoce e monitorização de problemas (escala de avaliação de sintomas de Edmonton, cuidados paliativos)	Diretiva Técnica nº2/UMCCI/2011
6.5. Articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários e secundários (consultas da dor, oncologia) e/ou outras estruturas comunitárias de apoio a doentes em situação paliativa	DGS (2013); JCI (2012)
6.6. Existem planos para apoio no luto	MS (2011 ^a), JCI (2012)
6.7. Possibilidade de apoio aos profissionais pelas exigências decorrentes do trabalho desenvolvido e para prevenção do <i>burnout</i>	MS (2011 ^a)

6.1. Os cuidados devem ser prestados por equipas multidisciplinares *com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade* (MS, 2011^a, p. 11)

A organização de prestação de cuidados domiciliários abrange cuidados de fim de vida (JCI, 2012, p.82).

Segundo a Joint Commission International (2012, p. 82) os cuidados paliativos fornecidos pela equipa domiciliária devem incluir:

- (...) *a prestação de tratamento sintomático de acordo com os desejos do utente e da família;*
- *Respeitar os valores, religião e preferências culturais do utente;*
- *Envolver o utente e a família em todos os aspetos dos cuidados;*
- *Responder às preocupações psicológicas, emocionais, espirituais e culturais do utente e da família.*

6.2. *A equipa deve, desejavelmente, incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, ECSCP, de forma a assegurar o apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos (Decreto-Lei nº 28/2008, p. 1184). A ECSCP, de constituição autónoma sempre que as necessidades ou a densidade populacional o exijam, sendo nos outros casos operacionalizada através da inclusão de profissionais com formação em Cuidados Paliativos nas ECCI, localizadas nos ACES (MS, 2011^a, p.17).*

6.3. A equipa domiciliária informa os utentes e famílias sobre os seus direitos e responsabilidades relacionados com a recusa ou interrupção do tratamento. O utente ou o seu representante legal, pode decidir não prosseguir com os cuidados e serviços planeados ou o tratamento ou não continuar com os cuidados e serviços ou de tratamento depois de ter sido iniciado. A equipa informa sobre o seu direito de tomar essas decisões, os resultados potenciais e as suas responsabilidades relacionadas com tais decisões. Ao utente e familiares são dadas informações sobre quaisquer cuidados e serviços de tratamento alternativos disponíveis (JCI, 2012).

6.4. *Para que a UMCCI possa dispor de dados que permitam uma monitorização contínua, foi desenvolvido o módulo/escala de Edmonton. (...) Todos os doentes (...) para admissão em unidades de internamento em cuidados paliativos ou com indicação para administração de ações paliativas em qualquer outra tipologia de internamento é obrigatório o preenchimento. Torna-se igualmente obrigatória a utilização deste instrumento para a avaliação periódica (semanal) destes doentes durante a prestação de cuidados (Diretiva Técnica nº2/UMCCI/2011, p. 1).*

6.5. *O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos CSP e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização (DGS, 2013, p.3).*

6.6. Os cuidados paliativos têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (MS, 2011^a, p.8). A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto (*Ibidem*).

6.7. O trabalho dos técnicos em serviços de Cuidados Paliativos é particularmente exigente para todos os profissionais envolvidos na prestação direta de cuidados.

Em qualquer das tipologias de serviços, com o objetivo de prevenir o desgaste (“burnout”) deve ser promovido apoio especializado aos vários grupos profissionais, através de reuniões específicas regulares e também através de ajuda psicológica, sempre que necessário (MS, 2011^a, p.22).

TABELA 35: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos a cuidados paliativos

1ª Ronda						2ª Ronda				
Participantes			%	Md	Consenso	Participantes		%	Md	Consenso
R	NR	R				NR				
6. Cuidados paliativos										
6.1	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
6.2	10	0	90%	5	ME	9	0	95.6%	5	ME
6.3	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
6.4	10	0	96%	5	ME	9	0	100%	5	ME
6.5	10	0	98%	5	ME	9	0	100%	5	ME
6.6	10	0	90%	5	ME	9	0	100%	5	ME
6.7	9	1	68.9%	4	M	9	0	100%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; M- Moderado										

A introdução de parâmetros relativos a cuidados paliativos na proposta de instrumento submetida a apreciação dos peritos em relação ao documento da Rede que serviu de ponto de partida, constatou-se que foi aceite pelos peritos a sua integração num instrumento por apresentar um grau de consenso muito elevado, ainda com aumento na 2ª ronda, em especial do parâmetro da possibilidade de apoio aos profissionais e prevenção de *burnout*.

TABELA 36: Parâmetros de avaliação da satisfação e dos resultados

7.	Avaliação da satisfação e dos resultados	Diretrizes, normas, orientações, legislação
7.1.	Realização periódica da avaliação do grau de satisfação do utente/cuidadores (relativos a acessibilidade; prestação de cuidados; relação e comunicação; continuidade dos cuidados e participação; organização do serviço e/ou da equipa)	UMCCI (2007 ^b); DHSSPS (2011), JCI (2012)
7.2.	Realização periódica da avaliação da percepção dos profissionais (relativos ao ambiente de trabalho; condições de trabalho; comunicação; participação; sistemas de avaliação do desempenho; formação; motivação)	DHSSPS (2011), JCI (2012)
7.3.	Definição da metodologia de avaliação da satisfação dos utentes/cuidadores/profissionais	UMCCI (2007 ^b); JCI (2012)

É necessário que a relação com o utente o leve a compreender porque se atua de determinada forma em detrimento de qualquer outra. Uma cuidadosa avaliação das reclamações e sugestões de melhoria apresentadas, bem como avaliações regulares do índice de satisfação do doente são fundamentais para que a instituição compreenda qual a relação que está a ter com a comunidade que serve. A aplicação de medidas corretivas, tendo por base essas formas de avaliação, é vital para o estabelecimento de uma relação de confiança entre utilizador e prestador de cuidados (UMCCI, 2007^b, p.19).

Os profissionais monitorizam a qualidade dos serviços de acordo com os procedimentos escritos e realizam um relatório mensal de monitorização (DHSSPS, 2011, p.28). Este relatório sumariza a perspetiva dos utentes do serviço e/ou os seus cuidadores/representantes acerca da qualidade do serviço prestado e as ações tomadas pela pessoa inscrita ou administrador inscrito para assegurar que a organização está a ser gerida de acordo com os critérios mínimos (Ibidem).

TABELA 37: Número de participantes, concordância, mediana e grau de consenso relativos à avaliação da satisfação e dos resultados

	1ª Ronda					2ª Ronda				
	Participantes R	NR	%	Md	Consenso	Participantes R	NR	%	Md	Consenso
7. Avaliação da satisfação e dos resultados										
7.1	10	0	80%	4,5	E	9	0	95.6%	5	ME
7.2	10	0	82%	4	E	9	0	93.3%	5	ME
7.3	10	0	80%	4,5	E	9	0	95.6%	5	ME
Legenda: %- Concordância; Md- Mediana; R- Resposta; NR- Não Resposta; ME – Muito Elevado; E- Elevado										

No ponto da avaliação da satisfação e dos resultados verifica-se que o grau de consenso é elevado na 1ª ronda, tendo-se notado uma melhoria para muito elevado na 2ª ronda, sendo considerado pelos peritos um ponto a avaliar pela UCC.

4.5 Discussão dos Resultados

A construção da proposta de instrumento foi realizada a partir da revisão da literatura científica disponível, orientações, diretrizes e *standards* para a prestação de cuidados das equipas domiciliárias, emanadas pelas organizações internacionais consideradas de referência na área da qualidade e dos cuidados de saúde.

Posteriormente, foi submetida a proposta de instrumento de apoio à ECCI à apreciação de peritos identificados a nível nacional, para avaliarem a sua concordância face aos parâmetros apresentados, sendo disponibilizado também um local para sugestões e comentários. O facto de a amostra ter uma abrangência a nível nacional, permite a construção de um instrumento adaptado para as diferentes fases de desenvolvimento das ECCI e minimizador das desigualdades verificadas a nível regional.

As primeiras limitações do estudo surgiram no processo de identificação dos parâmetros de qualidade das equipas domiciliárias a partir da revisão da literatura. Neste sentido, optou-se por substituir a ronda exploratória, pela revisão da literatura e pela identificação de parâmetros. Esta metodologia permitiria uma avaliação mais precisa e limitaria os potenciais vieses do investigador.

Esta limitação poderia ser contornada com recurso a adicionais rondas da técnica de Delphi, mas, como iriam ser necessárias no mínimo mais duas rondas, este acréscimo poderia acarretar dificuldades na manutenção da adesão e participação do painel de peritos.

Assim, dada a natureza do estudo, a opção tomada pareceu ser a mais adequada, assumindo-se desde logo esta limitação.

Numa reflexão sobre o painel de peritos do estudo, constata-se que todos os participantes se encontram na coordenação e monitorização da atividade domiciliária e/ou na prestação de cuidados e serviços da ECCI.

De acordo com Delbecq, Van de Ven e Gustafson (Cit. por Justo, 2005), se o grupo for homogéneo são suficientes entre dez a quinze participantes de peritos,

o que foi respeitado, visto o painel deste estudo ter sido constituído por dez enfermeiros.

A razão do painel de peritos incluir somente enfermeiros, deve-se ao facto de assumir-se que, a intervenção de enfermagem tem um papel particularmente importante na coordenação de equipas, pela garantia no funcionamento dos cuidados domiciliários, gestão de recursos, gestão de cuidados e condições ambientais indispensáveis ao seu funcionamento.

Na primeira ronda da técnica de Delphi, constatou-se um grau de consenso muito elevado, na generalidade dos parâmetros do instrumento proposto. Estes resultados poderão dever-se ao facto de que a construção da proposta do instrumento teve por base a grelha de acompanhamento às unidades de internamento da RNCCI e pela utilização de orientações, diretrizes e *standards* na sua construção.

Não foi sugerido por nenhum dos peritos novos parâmetros a incluir ou a modificação da estrutura da proposta apresentada de instrumento.

Na área de organização e funcionamento da equipa, o instrumento descreve atividades que potenciam a dinâmica de trabalho em equipa, a multidisciplinaridade e a intersectoralidade, envolvendo o utente, família e cuidadores, previstas no modelo de prestação de cuidados da Rede.

Integrar diferentes áreas do saber é imperativo de boas práticas de saúde complexas e multifatoriais, mas exige clareza de objetivos, liderança, comprometimento e participação ampla de todos os profissionais.

A compreensão da missão, princípios e valores da Rede, constitui uma base importante para a construção interprofissional, possibilitando uma clarificação das responsabilidades, competências e funções a conjugar e complementar nas diferentes áreas do processo de cuidar.

Ao nível da organização e funcionamento é fundamental que a equipa defina por escrito no plano de ação da UCC, os objetivos desejados e determine as atividades necessárias para atingir esses objetivos, reagrupando as atividades em grandes funções estritamente ligadas numa hierarquia de responsabilidades e de funções diretas e precisas. O regulamento interno, enquanto instrumento formal explícito, apresenta a estrutura orgânica e funcional da equipa (elementos da equipa, coordenação, funções e competências, intersubstituição e articulação, reuniões).

Devido à natureza imprevisível dos cuidados de saúde domiciliários, quer pela complexidade de necessidades de saúde e de apoio social dos utentes, exigindo uma intervenção multidisciplinar, quer pelo próprio ambiente domiciliário, é

fundamental, a organização e gestão da equipa. No âmbito do funcionamento interno, é essencial elaborar o manual de práticas e procedimentos, a definição de funções e responsabilidades de cada área de intervenção, de acordo com o seu perfil técnico e competências. Tal ato permite que os membros da equipa tenham uma perspetiva sistémica, capacitando-os a olhar o contributo do trabalho da sua equipa, em termos de interação e interdependência, com vista à integração e articulação (Neves, Garrido e Simões, 2008).

É fundamental que a equipa reconheça que não se encontra isolada, que existem outras organizações com as quais pode ter necessidade de se relacionar para melhorar o seu potencial de atuação, o que também pode ser melhorado através do estabelecimento de um programa de formação em contexto de trabalho, partindo das reais necessidades dos profissionais face às exigências do exercício da sua função e tendo em conta os objetivos a prosseguir pela equipa.

Na garantia da qualidade é fulcral analisar as condições de trabalho e proceder à gestão do risco na equipa, quer para os profissionais, como para os utentes e familiares, através de medidas de controlo de infeção, registo de acidentes, incidentes e acontecimentos perigosos.

Nesta área de organização e funcionamento, os parâmetros que apresentaram menor grau de consenso, na primeira ronda de Delphi, foram o ponto de gestão de parcerias (moderado a elevado), no ponto de garantia da qualidade, a existência de procedimentos que define medidas corretivas (elevado) e as instalações, equipamentos e dispositivos, a existência de dispositivos promotores de autonomia e funcionalidade (elevado).

Foi sugerido por um dos peritos, que alguns dos parâmetros reguladores de funcionamento da ECCI, deveriam ser procedimentos da UCC. Essa divergência dever-se-á ao facto de a ECCI constituir uma tipologia da RNCCI e se encontrar simultaneamente inserida na UCC, tendo a implementação faseada das unidades funcionais e da própria Rede, determinado dificuldades acrescidas na organização e funcionamento das equipas que, previsivelmente, se atenuará com o tempo e com a melhoria da articulação e integração das unidades de cuidados de saúde.

A ECCI constitui um programa/projeto da Carteira Básica de Serviços da UCC (MCSP, 2009), pelo que alguns parâmetros reguladores do funcionamento e prestação de serviços são comuns. São considerados pelo perito, como alvo da intervenção da UCC, os pontos de gestão de parcerias externas; instalações, equipamentos e dispositivos; controlo de infeção e gestão de resíduos; registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos; formação em contexto clínico e a avaliação da satisfação e dos resultados.

Na segunda ronda através da reformulação do instrumento, de forma mais sintética e acompanhado por um guião orientador, com a referência a princípios e orientações da RNCCI, verificou-se um aumento do grau de consenso dos peritos, apresentando-se muito elevado em todos os parâmetros.

Na área de prestação de cuidados de saúde e de reabilitação são realçados o acesso e continuidade de cuidados e serviços, privilegiando a articulação com os vários níveis de cuidados hospitalares e CSP, possibilitada através do aplicativo de monitorização e gestão da Rede GestCare CCI.

Este sistema de informação permite o registo de informações relacionadas com todas as etapas do processo do utente, fornecendo informações relevantes para determinação de critérios pela ECL para as unidades e equipas da Rede. Permite conhecer atempadamente o volume e as características das necessidades relatadas, possibilitando o agendamento do ingresso pelas equipas prestadoras, entre outros procedimentos da Rede (alta, transferência do utente, agudização).

A prestação de cuidados das unidades e equipas da Rede implicam um trabalho integrado e pró-ativo das equipas de saúde e de apoio social, com o envolvimento dos utentes, familiares e cuidadores, respeitando as suas necessidades e preferências (UMCCI, 2007^a). Compreende-se a relação de parceria do utente e familiares com a equipa, o que contribui para uma interação mais positiva e melhoria da comunicação. Dessa forma podem mais rapidamente compreender e antecipar os obstáculos à continuidade dos cuidados, monitorizar o progresso e avaliar como é que o dia-a-dia do indivíduo é afetado pela vivência da doença e da incapacidade resultante. Mais conscientes das circunstâncias em que as pessoas vivem, podem adequar melhor os cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa e identificar outros problemas de saúde mais precocemente. Tudo isto reforça a confiança e satisfação do utente, familiares e cuidadores.

Nesta área de prestação de cuidados de saúde e de reabilitação, verifica-se na generalidade das duas rondas um grau de consenso muito elevado. No entanto, no parâmetro referente ao pedido de reserva de vaga, a concordância é de 66% e de 80%, na primeira e segunda ronda respetivamente.

Por o parâmetro pedido de reserva de vaga ser contemplado na legislação da Rede e alvo de Diretivas Técnicas da UMCCI, decidiu-se incluir na segunda ronda, mediante a referência no guião para o instrumento de apoio. O grau de consenso obtido permite a sua seleção para o instrumento final.

Foi referido pelos peritos que o pedido de reserva de vaga seria uma sobrecarga de trabalho, devido à falta de recursos humanos existente nos serviços

e pela necessidade de realizar novo episódio de referenciação dos utentes após o período de reserva de lugar expirar. No entanto, a agudização do estado clínico pode causar alteração da condição física, emocional e/ou social do utente, e por motivos de continuidade de cuidados, com novas necessidades identificadas, pode ser necessária a referenciação para outra ou até para a mesma tipologia da RNCCI. Sendo um dos objetivos estratégicos da RNCCI, diminuir o número de reinternamentos e agudizações de utentes, este procedimento constitui o registo e monitorização do indicador de avaliação *agudização, com recurso ao hospital*, definido no Manual do prestador (UMCCI, 2011^a, p.119).

No parâmetro de monitorização do peso também se verifica uma diminuição do grau de concordância, que se prende com a dificuldade de realização do procedimento no contexto domiciliário para pessoas com dependência total. A monitorização do peso *constitui uma das bases fulcrais para a construção de indicadores clínicos relevantes para a avaliação da qualidade da prestação de cuidados de saúde* (UMCCI, 2007^b, p. 14).

A avaliação do utente através do IAI, permite à equipa aceder a um conjunto de informação obtida por meio da avaliação através de escalas validadas individualmente incluídas no sistema de informação GestCare CCI, e ao longo da prestação de cuidados da equipa, permitindo verificar a evolução do utente e possíveis ganhos em autonomia/ independência.

A definição e avaliação da qualidade não é apenas limitada aos profissionais de saúde e aos investigadores dos serviços de saúde, reconhece-se cada vez mais a importância das preferências e opiniões/sugestões dos utentes e seus familiares. *O primeiro passo para a compreensão da satisfação e expectativa do utente é definir o que a organização serve* (Silva, 2013, p.140). O utente necessita de uma boa comunicação, pelo que o utente apenas pode ter expectativas razoáveis se compreender os serviços, as suas limitações e a forma correta de os utilizar (*Ibidem*).

A ferramenta fundamental para compreender as preocupações e expectativas dos utentes são o foco no grupo de clientes e os questionários de opinião (Silva, 2013, p.141).

A inclusão, por iniciativa do investigador, na 2ª ronda da técnica de Delphi, na proposta de instrumento de indicadores de desempenho, procurou possibilitar a melhoria contínua da qualidade da equipa. Segundo a JCI (2012), a monitorização de funções clínicas e de gestão, resulta na acumulação de dados e informações. Os dados só possuem significado mediante a sua análise e comparação de informação ao longo do tempo com outras organizações (*Benchmarking*). Segundo

esta organização, a equipa deve utilizar os seus recursos e envolver os profissionais junto dos processos e atividades a serem melhoradas. A responsabilidade pelo planeamento e execução de melhoria é atribuída à equipa, quer pela necessidade de treino, quer de gestão da informação e outros recursos disponibilizados.

No entanto, o facto de ter sido introduzido apenas na segunda ronda e ter sido alvo de discussão dos peritos, não permitiu reunir a concordância em alguns dos indicadores apresentados, motivo pelo qual se decidiu abandonar este grupo de parâmetros, dado que exigiria rondas adicionais na tentativa de estabelecer consenso.

Os peritos consideram existir uma *sobreposição de avaliação ECL/UCC/ARS*, como os dados obtidos através dos sistemas de informação GestCare CCI e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, mas as equipas prestadoras ECCI e da própria UCC, não possuem o conhecimento dos dados estatísticos da sua atividade, a fim de estabelecerem processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Todos os fatores acima descritos, resultados e discussão do estudo, conduziram ao instrumento final que se apresenta no Anexo IV.

CONCLUSÃO

O objetivo geral do presente trabalho de investigação era a elaboração de um instrumento de apoio à ECCI, o qual foi atingido, pois foi concretizada a sua realização. Trata-se de um instrumento amplo, que identifica as principais áreas de atuação da equipa domiciliária e descreve as atividades a desenvolver dentro de cada uma delas.

Pretende aproximar todos os profissionais, no trabalho da ECCI, promovendo o envolvimento de recursos partilhados dos ACES (com tempos parcialmente dedicados no âmbito de equipas distintas, especialmente entre URAP, UCC e possivelmente outras ECCI), de forma flexível e ajustada à disponibilidade de recursos e competências instaladas.

Através do uso do presente instrumento, que reflete as boas práticas na prática domiciliária, procura-se incrementar o processo de reflexão sobre o trabalho de equipa desenvolvido e estabelecer estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Pretende-se que o instrumento de apoio à ECCI constitua um guia orientador do funcionamento, organização e prestação de cuidados e serviços da equipa domiciliária. Esperando, com este instrumento, uniformizar práticas e procedimentos definidos pela RNCCI, a nível nacional e fomentar nas equipas processos de melhoria contínua da qualidade e dos cuidados prestados, independentemente do estilo de liderança adotado.

A aplicação deste instrumento prevê, no guião para o instrumento de apoio à ECCI, o uso de técnicas de recolha de dados através da observação direta, da revisão de registos, de informação de retorno e entrevistas, considerando-se adequadas para a obtenção de resultados fidedignos e permitindo verificar o cumprimento dos parâmetros constantes no instrumento, bem como a realização de pareceres/recomendações.

O instrumento construído em formato de *checklist* e respetivo guião para o instrumento de apoio, permite a sua aplicação pela própria equipa, enquanto ferramenta técnica de auto-avaliação, bem como a aplicação pela ECL, na

competência de apoio e acompanhamento das unidades e equipas da Rede (Decreto-Lei nº101/2006).

Todavia, tratando-se de um instrumento de apoio de uma equipa multidisciplinar, seria interessante e igualmente enriquecedor submetê-lo a apreciação de um grupo de peritos de diferentes categorias profissionais.

Numa ponderação global e final, pensa-se que a metodologia utilizada permitiu alcançar com sucesso o objetivo proposto. Poderia também ser utilizada a metodologia do *Focus group*, no entanto, tal método, acresceria dificuldades na manutenção do grupo de peritos, por ter abrangência a nível nacional, tornando o estudo dispendioso, em termos económicos e de tempo.

A gestão é uma área de intervenção de enfermagem, com grande importância estratégica e primordial para a qualidade dos serviços prestados por qualquer unidade de saúde. O enfermeiro é o profissional congregador de saberes e potenciador das respostas, numa visão centrada nos utentes e assume um papel particularmente importante na gestão de equipas.

No sentido de acompanhar as mudanças no ambiente de cuidados de saúde, o enfermeiro deve utilizar o conhecimento obtido através da pesquisa científica e transformá-lo em prática clínica. A pesquisa permite descrever características de uma situação particular ainda em fase embrionária, explicando fenómenos que devem ser considerados no planeamento do atendimento da equipa, que prevejam os prováveis resultados de determinadas decisões e controlem a ocorrência de resultados indesejáveis (Polit, Beck e Hungler, 2004).

O instrumento de apoio à ECCI constitui uma mais-valia na organização, funcionamento e prestação de cuidados e serviços nestas equipas. Por esse motivo, seria interessante e proveitoso a utilização do presente instrumento nas várias equipas domiciliárias, de forma a proporcionar uma base de comparação que pudesse identificar as mudanças em termos de melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços após a sua introdução na ECCI e ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. – *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.– *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 1º Trimestre 2013*. [Em linha]. Lisboa: 2013^a. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<
<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%201o%20semestre%202013%20vfinal%20c%20S.pdf>>. - *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2013*. [Em linha]. Lisboa: 2013^b. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível
WWW:<
http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_Contratualizacao_2013_CSP.pdf>. - *Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014*. [Em linha]. Lisboa: 2014. [Consult. 20 julho 2014]. Disponível WWW:<
http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metod_Contr_14_CSP_VF.pdf>.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO – *Nota Informativa. A Organização dos Cuidados Continuados Integrados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. Coimbra: 2010.
- ARLING, G. [et al.] - Medicaid Nursing Home Pay for Performance: Where Do We Stand? *The Gerontologist*. Vol. 49, nº 5 (2009), p. 587-595.
- BISCAIA, A. [et al.] – *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2006.
- BJÖRNSDÓTTIR, K. – The Place of Standardisation in Home Care Practice: an Ethnographic Study. *Journal of Clinical Nursing*. Nº23 (2013), p. 1411-1420.
- CAMPOS, A. – *Reforma da Saúde: O Fio Condutor*. Coimbra: Almedina, 2008.
- CAMPOS, L.; Carneiro, A.; Saturno, P. – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e Serviços*. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 20 julho 2014]. Disponível WWW:<
<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>>.
- CAPELAS, M. – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos em Portugal*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014.
- CARTA DE COMPROMISSO – *Instalação de Equipa(s) de Cuidados Continuados Integrados*. [Em linha]. Porto: sd. [Consult. 26 maio 2013]. Disponível
WWW:<
http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Documenta%C3%A7%C3%A3o/Ficheiros/Carta_Compromisso_ECCI.pdf>.
- CASTLE, N.; FERGUSON, J. - What Is Nursing Home Quality and How Is It Measured? *The Gerontologist*. Vol. 50, nº4 (2010), p. 426-442.
- COMISSÃO EUROPEIA - *O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira*. [Em linha]. União Europeia: 2001. [Consult. 29 jan. 2014]. Disponível WWW:<
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11310_pt.htm>. - *Long-Term Care in the European*

- Union. [Em linha]. União Europeia: 2008. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://ec.europa.eu/social/>>.
- DEAN, S.; SIEGERT, R.; TAYLOR, W. – *Interprofessional Rehabilitation – A Person-Centred Approach*. Reino Unido: Wiley-Blackwell, 2012.
 - DECRETO-LEI nº101/ 2006. *D.R. I Série*. Nº109 (06-06-2006), p.3856-3865.
 - DECRETO-LEI nº28/2008. *D.R. I Série*. Nº38 (22-02-2008), p.1182-1189.
 - DEPARTMENT OF HEALTH – *Domiciliary Care National Minimum Standards Regulations*. [Em linha]. Reino Unido: 2000. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.age-platform.eu/images/stories/uk_minimumcarestandards_athome.pdf>.
 - DEPARTMENT OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND PUBLIC SAFETY – *Domiciliary Care Agencies: Minimum Standards*. [Em linha]. Reino Unido: 2011. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.dhsspsni.gov.uk/domiciliary_care_standards-4.pdf>.
 - DESPACHO Ministerial nº 14178/2007. *D.R. II Série*. Nº 127 (04-07-2007), p.19007.
 - DESPACHO nº19040/2006. *D.R. II Série*. Nº181 (19-07-2006), p.19247-19248.
 - DONABEDIAN, A. - *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: University Press, 2003. - *Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Memorial Fund*. Vol. 83, nº 4 (2005), p. 691-729.
 - EASYCARE. [Em linha]. Reino Unido: 2014. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.easycare.org.uk/>>.
 - FACE RECORDING & MEASUREMENT SYSTEMS. [Em linha]. Nottingham: sd. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.face.eu.com/wp-content/uploads/2010/11/FACE-V.6-Health-and-Social-Care-Toolset-Information-Sheet.pdf>>.
 - FERNANDES, A. [et al.], coord.– *A Qualidade em Saúde Face a Novos Desafios do Sistema de Saúde*. Cadernos Saúde e Sociedade. Loures: Diário de Bordo, 2011.
 - FRANKLIN, K.; HART, J. – Idea Generation and Exploration: Benefits and Limitations of the Policy Delphi Research Method. *Innovative Higher Education*. Vol. 31, nº4 (set. 2006), p.237-246.
 - FRANCIS, D.; WOODCOCK, M. – *Auditorias da Eficácia Organizacional*. Lisboa: Monitor, 2008.
 - FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. – “Mini-mental state”: a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*. Vol.12, nº3 (1975), p.189-198.
 - FOR LEARN-EUROPEAN COMMISSION. *Delphi Survey*. [Em linha]. Comissão Europeia: 2006. [Consult. 31 maio 2014]. Disponível WWW:<http://forlearn.jrc.ec.europa.eu/guide/2_scoping/meth_delphi.htm>.
 - FORTIN, M. – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata, 2009.
 - GENET, N. [et al.] – Home Care in Europe: a Systematic Literature Review. *BMC Health Services Research*. Vol. 11, nº207 (2011), p.1-14.
 - GOMES, J.; CESÁRIO, F. – *Investigação em Gestão de Recursos Humanos: Um Guia de Boas Práticas*. Lisboa: Escolar Editora, 2014.
 - GRÖNE, O.; GARCIA-BARBERO, M. - *Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues*. [Em linha]. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde, 2002. [consult. 11 out. 2013]. Disponível WWW:<<http://www.euro.who.int/document/ihb/trendicreflconissue.pdf>>.
 - GUERRA, N. – *Assumimos a Inovação e a Sustentabilidade. Gestão em Enfermagem*. [Em linha]. Lisboa: 2011. [consult. 11 out. 2012]. Disponível WWW:<<http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/gestao-em-enfermagem-assumimos>>.

- HASSON, F.; KEENEY S.; MCKENNA H. - Research Guidelines for the Delphi Survey Technique. *Journal Advanced Nursing*. Vol. 32, nº4 (abril 2000), p. 1008-1015.
- HIRDES, J. [et al.] - Integrated Health Information Systems Based on the RAI/MDS Series of Instruments. *Health Manage Forum*. Vol. 12, nº 4 (1999), p. 30-40. - *InterRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs) for MDS-HC Version 2.0*. Canada: InterRai, 2001.
- HUMPHRIS, D. - Multiprofessional Working, Interprofessional Learning and Primary Care: a Way Forward? *Contemporary Nurse*. Vol. 26, nº 1 (2007), p. 48-55.
- HSU, C.; SANDFORD, B. – The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation*. Vol.12, nº10 (ago. 2007), p.1-8.
- JOINT COMMISSION INTERNACIONAL – *Joint Commission Internacional Accreditation Standards for Home Care*. EUA: JCI, 2012.
- JUSTO, C. - *A técnica de Delphi de Formação de Consensos*. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português de Saúde, 2005. [Consult. 11 dez. 2013] Disponível WWW:<<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>>.
- KATZ, S. [et al.] - Studies of Illness in the Aged: the Index of ADL; a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*. Vol.185, nº12 (set.1963), p.914-919.
- KELLEY, Edward; HURST, Jeremy – *Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper*. [Em linha]. OECD Health Working Papers, nº 23. Paris: 2006. [Consult. 11 maio 2013] Disponível WWW:<<http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>>.
- KURCGANT, P. [et al.], coord. – *Gerenciamento em Enfermagem*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. - Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. Vol.9, nº3 (1969), p. 179-186.
- LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. – *Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare*. Healthcare Papers. [Em linha]. Toronto: 2000. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW: <<http://www.longwoods.com/content/17216>>.
- LEÃO, E. [et al.] – *Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão*. São Paulo: Yendis Editora, 2008.
- LEI nº67/98. D.R. Série I-A. Nº247 (26-10-1998), p.5536-5546.
- LEI nº112/2009. D.R. I Série. Nº180 (16-09-2009), p.6550-6561.
- LLEWELLYN, E.; LEONARD, M.- *Nursing Case Management Review and Resource Manual*. 3ª ed. Washington: American Nurses Credentialing Center, 2009.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. – *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2001.
- LOPES, M. [et al.], coord.- *Plano Nacional Saúde 2011-2016 – Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro*. [Em linha]. Évora: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSC1_8.pdf>.
- LUNDSGAARD, J. - *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can It Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* [Em linha]. OECD Health Working Papers, nº 20. Paris: 2005. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/34897775.pdf>>.

- MAHONEY, F.; BARTHEL, D. - Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland Medical Journal*. Vol. 14 (1965), pp. 61-65.
- MARQUIS, B.; HUSTON, C. – *Administração e Liderança em Enfermagem: Teoria e Prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MCCALLIN, A. – Interdisciplinary Practice: a Matter of Teamwork: an Integrated Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*. Nº10 (2001), p.419-428.
- MCCRAY, J., ed. – *Nursing and Multi-professional Practice*. Londres: Sage, 2009.
- MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações Para a Sua Constituição nos Centros de Saúde*. [Em linha]. Lisboa: 2007. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ECCI_versaofinalissima.pdf>. – *Indicadores de desempenho na Unidade de Cuidados na Comunidade*. [Em linha]. Lisboa: 2010. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/indicadores_daucc_vf.pdf>.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES.- *Atención À las Personas en Situación de Dependencia en Espanã: Libro Blanco de la Dependencia*. [Em linha]. Espanha: 2004. [Consult. 12 fev. 2014]. Disponível WWW:<[http://www.udc.es/cufie/uadi/doc/normativa%20estatal/Libro%20blanco%20de%20atencion%20a%20las%20personas%20en%20situacion%20de%20dependencia%20en%20Espana%20\(2004\).pdf](http://www.udc.es/cufie/uadi/doc/normativa%20estatal/Libro%20blanco%20de%20atencion%20a%20las%20personas%20en%20situacion%20de%20dependencia%20en%20Espana%20(2004).pdf)>.
- MOKKINK, L. B. [et al.] – Protocol of the COSMIN study: Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement INstruments. *BMC Medical Research Methodology*. Vol.6, nº2 (fev. 2006), p.1-7.
- MORRIS, J. [et al.] – *InterRai Home Care Assessment Form and User's Manual*. Versão 9.1. EUA: InterRai, 2009. – *InterRai Clinical Assessment Protocols For Use with Community and Long-Term Care Assessment Instruments*. Versão 9.1. EUA: InterRai, 2010.
- MURAKAMI, Y.; COLOMBO, F. – *Measuring Quality in Long-Term Care*. In OCDE/COMISSÃO EUROPEIA – *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. [Em linha]. União Europeia: OECD Health Policy Studies, 2013. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>>.
- NAGAE, H. [et al.] – Identifying Struture and Aspects that “Continuing Nursing Care” Used in Discharge Support From Hospital to Home Care in Japan. *Internacional Journal of Nursing Praticte*. Nº19, Supl.2 (2013), p.50-58.
- NEVES, J.; GARRIDO, M.; SIMÕES, E. – *Manual de Competências Pessoais, Interpessoais e Instrumentais: Teoria e Prática*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- NIES, H. [et al.] - *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care: European Overview Paper*. [Em linha]. Viena: 2010. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP4_Overview_FINAL_04_11.pdf>.
- NOGUEIRA, J. M. – *Cuidados Continuados: Desafios*. [Em linha]. Lisboa: UMCCI, 2009. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf>.
- NOGUEIRA, J.; GIRÃO, A.; GUERREIRO, I. - *Post Acute and Long Term Care: Instrument for Evaluating Outcomes*. [Em linha]. Lisboa: UMCCI, 2010 [Consult. 11 dez. 2013]. Disponível WWW: < <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/IAI.pdf>>. - *Post Acute and Long Term Care: Online Web Based System of Data Management*. [Em linha]. Lisboa: UMCCI,

- 2010 [Consult. 10 set. 2013]. Disponível WWW: <<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/onlinewebbasedsystem.pdf>>.
- OCDE/COMISSÃO EUROPEIA – *Long-Term Care for Older People*. [Em linha]. União Europeia: OECD Health Policy, 2005. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page1>. - *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. [Em linha]. União Europeia: OECD Health Policy Studies, 2013. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>>. - *Projecting OCDE Health and Long-Term Care Expenditures: What are the Main drivers?* [Em linha]. Economics Department Working Papers, nº477. França: 2006. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.oecd.org/tax/public-finance/36085940.pdf>>. – *Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. [Em linha]. União Europeia: OECD Publishing, 2013. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.oecd.org/els/health-systems/Portugual-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>>.
 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Lessons for Long-Term Care Policy. The Cross-Cluster Initiative on LTC*. [Em linha]. Genebra: OMS, 2002. [Consult. 11 nov. 2013]. Disponível WWW:<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf>.
 - PAVOLINI, E.; RANCI, C. - Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-term in Western European Countries. *Journal of European Social Policy*. Vol.18, nº3 (2008), p.246-259.
 - PINTO, A.; SOARES, I. – *Sistemas de Gestão da Qualidade: Guia para a sua Implementação*. Lisboa: Edições Sílabo, 2011.
 - PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016 – *Eixo estratégico - Qualidade em Saúde*. [Em linha]. Lisboa: 2012. [Consult. 11 nov. 2013]. Disponível WWW:<http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saude_2013-01-7_.pdf>.
 - POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
 - POLIT, D.; BECK, C. – *Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. 7ª ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
 - PORTARIA nº355/97. D.R. Série I-B. Nº123 (28-05-1997), p.2597-2598.
 - PORTARIA nº1288/2005. D.R. Série I-B. Nº239 (15-12-2005), p.7077-7081.
 - PORTARIA nº1087-A/2007. D.R. I Série. Nº171 (05-09-2007), p.6320-6325.
 - PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Circular Normativa nº 09/DGCG. 2003-06-14. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. [Em linha]. Lisboa: 2003. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.apcp.com.pt/uploads/Dor-5_sinal_vital.pdf>. - *Circular Informativa nº29/DSPCS. 2006-07-07. Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [Em linha]. Lisboa: 2006. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13339/rncci_boas_praticas_assistentes_sociais_saude> – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. [Em linha]. Lisboa: 2007. [Consult. 20 maio 2014]. Disponível WWW:<<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>> - *Circular Normativa nº13/DQS/DSD. 2010-06-14. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. [Em linha]. Lisboa: 2012ª. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RecomendacoesBoaPratica_HigieneMaos.pdf> - *Programa Nacional de Controlo da Infecção – Recomendações para*

- Controlo do Ambiente: Princípios Básicos*. [Em linha]. Lisboa: 2012^b. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/AmbientePrincipiosBasicos.pdf>>. - *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor*. [Em linha]. Lisboa: 2013. [Consult. 24 maio 2014]. Disponível WWW:<<http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento e Outras Respostas de Cuidados às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência*. [Em linha]. Lisboa: sd. [Consult. 1 maio 2014]. Disponível WWW:<<http://www.cm-alcochete.pt/redesocial/pdf/Qualidade%20nas%20respostas%20sociais/Guioes%20Tecnicos/Modelo%20de%20avaliacao%20de%20Qualidade%20das%20U.I.pdf>>. - *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários: Carteira de Serviços*. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf>>. - *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. [Em linha]. Lisboa: 2011^a. [Consult. 20 maio 2014]. Disponível WWW:<<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>>. - *Relatório Final do Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar*. [Em linha]. Lisboa: 2011^b. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf>. - *Os Cuidados de Saúde Primários*. [Em linha]. Lisboa: Setembro, 2012. [Consult. 11 out. 2013]. Disponível WWW:<<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/15-ucc-recomendaesgtdcsp-v.2012.09.30.pdf>>.
 - REID, R.; HAGGERTY, J. L.; MCKENDRY, R. – *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare: Final report*. [Em linha]. Canada: 2002. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW: <<http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/02-03-01/58a53ce8-39f2-466a-8e98-8ffc36cf456c.aspx>>.
 - RAMOS, V. – *Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. In CABRAL, N.; AMADOR, O.; MARTINS, G., coord. – *A Reforma do Setor da Saúde: Uma Realidade Iminente*. Cadernos do Instituto de Direito Económico Financeiro e Fiscal (IDEFF), nº11. Coimbra: Almedina, 2010.
 - RIBEIRO, O. [et al.] - *Qualidade nos Cuidados de Saúde*. *Revista Millenium*. [Em linha]. Nº35 (nov. 2008). [Consult. 26 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>>.
 - RICHARDS, H.; SCHWARTZ, L. – *Ethics of Qualitative Research: Are There Special Issues for Health Services Research?* *Family Practice*. Vol.19, nº2 (2002), p.135-139.
 - ROE, B.; BEECH, R. – *Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice*. Reino Unido: Blackwell Publishing, 2005.
 - ROUT, A. [et al.] – *A Literature Review of Interprofessional Working and Intermediate Care in the UK*. *Journal of Clinical Nursing*. Nº20 (2010), p.775-783.
 - ROYAL COLLEGE OF PHISICIANS - *Care Closer to Home: Narrative Report*. [Em linha]. Londres: 2012. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/care-closer-to-home-narrative-report_0.pdf>.

- SEHRAWAT S. – The Omission of Comprehensive Care: an Analysis of the Nursing Home Reform Act of 1987. *Journal of Gerontological Social Work*. Vol.53 (2010), p.64-76.
- SHORTELL, S. [et al.] - Creating Organized Delivery Systems: the Barriers and Facilitators. *Hospital and Health Services Administration*. Vol. 38, nº4 (1993), p.447-466.
- SHORTELL, S. [et al.] - Integrating Health Care Delivery. *Healthcare Forum Journal*. Vol. 43, nº6 (nov.- dez. 2000), p.35-39.
- SIMÕES, J.; DIAS, A. – *Gestão da Saúde e da Despesa Pública*. In CABRAL, N.; AMADOR, O.; MARTINS, G., coord. – *A Reforma do Setor da Saúde: Uma Realidade Iminente*. Cadernos do IDEFF, nº11. Coimbra: Almedina, 2010.
- SILVA, M. – *Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde*. Lisboa: Monitor, 2013.
- SIMPSON, K. [et al.] – Tool for Evaluating Research Implementation Challenges: A Sense-making Protocol for Addressing Implementation Challenges in Complex Research Settings. *Implementation Science*. Vol.8, nº2 (2013), p.1-12.
- SOMERVILLE, J. - *Effective Use of the Delphi Process in Research: Its Characteristics, Strengths and Limitations*. [Em linha]. Oregon: 2007. [Consult. 12 junho 2014]. Disponível WWW:<<http://jasomerville.com/wp-content/uploads/2011/08/DelphiProcess080617b.pdf>>.
- STEERING COMMITTEE RESPONSIBLE CARE – *Quality Framework Responsible Care: Nursing, Care and Home Care*. [Em linha]. Holanda: 2007. [Consult. 11 maio 2014]. Disponível WWW:<<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6963-10-95-s1.pdf>>.
- STEPURKO T. [et al.] - Empirical Studies on Informal Patients Payments for Health Care Services: a Systematic and Critical Review of Research Methods and Instruments. *BMC Health Services Research*. Vol.10, nº 273 (2010), p. 1-13.
- STRATTON, R. J. [et al.] - Malnutrition in Hospital Outpatients and Inpatients: Prevalence, Concurrent Validity and Ease of Use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. *British Journal of Nutrition*. Vol. 92, nº5, (2004), p. 799-808.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusodidata, 2013.
- TARRICONE, R.; TSOUROS, A. – *Solid Facts: Home Care in Europe*. [Em linha]. Itália: OMS, 2008. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>>.
- TEIXEIRA, S. – *Gestão Estratégica*. Lisboa: Escolar Editora, 2011.
- UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. [Em linha]. Lisboa: 2007^a. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ori_2007.pdf>. - *Guião para “Grelha de Acompanhamento às Unidades” da RNCCI para Uso pelas Equipas Coordenadoras Locais e Unidades Prestadoras*. Lisboa: Outubro, 2007^b. – *CrITÉRIOS de Monitorização Biopsicossocial na RNCCI*. [Em linha]. Lisboa: sd. [Consult. 1 maio 2014]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAl_UMCCI.pdf>. - *Diretiva Técnica nº1/UMCCI/2008*. 2008-01-07. CrITÉRIOS gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento e equipas domiciliárias. [Em linha]. Lisboa: 2008^a. [Consult. 11 set. 2013]. Disponível WWW:<<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/d1.pdf>>. –

- Ofício Circular nº425/2008. 2008-09-22. Reserva de Vaga em Unidades de Internamento. [Em linha]. Lisboa: 2008^b. [Consult. 11 set. 2013]. Disponível WWW:<<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Of425de18708-Reservadelugar.pdf>>. -*
- Ofício nº487/2008. 2008-09-22. Reserva de Lugar nas Unidades de Internamento da RNCCI. [Em linha]. Lisboa: 2008^c. [Consult. 11 set. 2013]. Disponível WWW:<<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Of487de011008-Esclarecimentoinformacaodareserva.pdf>>. -*
- Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados. [Em linha]. Lisboa: UMCCI, 2009^a. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf>. -*
- Política e Estratégia da Qualidade. [Em linha]. Lisboa: 2009^b. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009.pdf>. -*
- Modelo de referênciação de utentes. [Em linha]. Lisboa: 2009^c. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ModelodeReferenciacaoRNCCI_Setembro2009_corrigido.pdf>. -*
- Relatório de monitorização e desenvolvimento da atividade da RNCCI em 2008. [Em linha]. Lisboa: 2009^d. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RESUMOEXECUTIVORElat_Anuar_RNCCI_13_04_09.pdf>. -*
- Relatório de monitorização e desenvolvimento da atividade da RNCCI 2009. [Em linha]. Lisboa: 2010. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Relatorio_Anuar_RNCCI_2009FINAL29032010A.pdf>. -*
- Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua. [Em linha]. Lisboa: 2011^a. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf>. -*
- Relatório de monitorização e desenvolvimento da atividade da RNCCI 2010. [Em linha]. Lisboa: 2011^b. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>>. -*
- Diretiva Técnica nº2/UMCCI/2011. 2011-08-11. Módulo/ Escala de Edmonton. [Em linha]. Lisboa: 2011^c. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/directiva_tecnica_n2_UMCCI_2011.pdf>. -*
- Nota Informativa nº8/UMCCI/2012. 2012-11-13. Ligação da Plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados GestCare à Plataforma de Dados em Saúde. [Em linha]. Lisboa: 2012^a. [Consult. 11 set. 2013]. Disponível WWW:<<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/NotaInformativa8UMCCInov2012.pdf>>. -*
- Relatório de monitorização e desenvolvimento da atividade da RNCCI 2011. [Em linha]. Lisboa: 2012^b. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_anual_2011_28marco2012.pdf>. -*
- Relatório de monitorização e desenvolvimento da atividade da RNCCI 2012. [Em linha]. Lisboa: 2013. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf>. -*
- VIEIRA, F. - *Pesquisa Científica em Enfermagem – Guia Prático*. Verlag: Novas Edições Académicas, 2013.
 - WEISS, D.; TILIN, F.; MORGAN, M. – *The Interprofessional Health Care Team: Leadership and Development*. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2014.

- WIENER, J. M. [et al.] - *Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan*. [Em linha]. Washington: 2007. [Consult. 24 maio 2013]. Disponível WWW:<http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2007_05_ltc.pdf>.
- WRIGHT E.; PERRY, B. - Medical Sociology and Health Services Research: Past Accomplishments and Future Policy Challenges. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 51 (2010), p. 107-119.
- YESAVAGE, J. A. [et al.] - Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 17, nº1 (1982), p. 37-49.
- XYRICHIS, A.; LOWTON, K. – What Fosters or Prevents Interprofessional Teamworking in Primary and Community Care? A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*. Nº45 (2008), p.140-153.

ANEXO I - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para
participação em trabalho de investigação

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Trabalho de Investigação

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento, digitalizar e enviar para o email catarinadasilvasantos@hotmail.com.

Título do estudo: Equipas de Cuidados Continuados Integrados: Instrumento de apoio à organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados

Enquadramento: O presente trabalho de investigação insere-se na dissertação do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem que decorre na Escola Superior de Enfermagem do Porto com orientação da Professora Manuela Josefa da Rocha Teixeira.

Explicação do estudo: A finalidade do estudo é a construção de um instrumento de apoio à Equipa de Cuidados Continuados Integrados e à Equipa Coordenadora Local (ECL), que sirva de guia para o acompanhamento da atividade da ECCI, refletindo os objetivos estratégicos, os requisitos da organização, funcionamento e a prestação de serviços/cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos.

A metodologia utilizada para a construção deste instrumento será a técnica de Delphi, de forma a estabelecer um consenso num grupo de peritos de ECCI e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a nível Nacional.

Esta metodologia envolve uma série de levantamentos (previsão de 3 séries, durante 3 meses), por meio de correio eletrónico, com o recurso a formulários para recolher opiniões dos peritos sobre um determinado tópico. O primeiro formulário visa obter uma resposta face a agrupamentos de parâmetros de funcionamento e prestação de serviços e cuidados, das equipas domiciliárias por área. As rondas subsequentes apresentam-se mais sintéticas do que as anteriores, convidando cada um dos peritos a exprimirem o seu grau de concordância/discordância em relação ao conjunto filtrado.

Recorre-se a uma abordagem assente no levantamento por correspondência eletrónica individual, com o tempo de resposta de 15 dias. Caso no final de cada 8 dias não haja nenhuma resposta do perito, será enviado automaticamente um lembrete pela investigadora.

Assim que é atingido um grau adequado de consenso, os resultados serão utilizados como uma base para definir requisitos de qualidade de cuidados nos diversos níveis de atuação da ECCI e potenciais respostas que constituam uma garantia dos serviços prestados e, em simultâneo, um instrumento de melhoria contínua simples e explícito.

Confidencialidade e anonimato: Ao longo de todo o processo as respostas serão confidenciais e anónimas, sendo o uso exclusivo para o presente estudo. A identificação dos participantes nunca será tornada pública e todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

Atentamente,

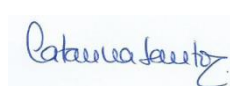
Catarina da Silva Santos

Enfermeira no Aces Baixo Vouga

Telm.91 692 85 75

e-mail: catarinadasilvasantos@hotmail.com

Assinatura:



.....
Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, A OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXO II – Instrumento Inicial

Instrumento Inicial

Guião de acompanhamento de Equipas Domiciliárias

Por favor, clique no quadrado ☒ de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado:

- 1- Completamente em desacordo; 2- Mais em desacordo; 3- Indeciso; 4- Mais de acordo; 5 - Completamente de acordo.

A – Dados identificativos		1	2	3	4	5
Região	Distrito	DD. MM. AAAA				
Instituição Gestora da Equipa Prestadora	Equipa Coordenadora Local					
		☐	☐	☐	☐	☐
Elementos da Equipa (nome /função)	Elementos da ECL (nome/ função)					
1. Tipologia da Equipa						
Equipa de Cuidados Continuados Integrados ☐		☐	☐	☐	☐	☐
Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos ☐						
2. Denominação da Equipa	3. Lotação (nº de vagas contratadas)					
	4. Ocupação (nº de utentes no dia da visita)					
Observações:		☐	☐	☐	☐	☐

B — Organização e funcionamento da equipa domiciliária					
1. Organização e gestão	1	2	3	4	5
1.1. A equipa domiciliária funciona no horário das 8h às 20h nos dias úteis e conforme a necessidade ao fim de semana e feriados.	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. A equipa estabeleceu um Regulamento Interno de funcionamento contendo os seguintes elementos: missão, visão, valores e objetivos; organograma; identificação do mapa de pessoal; direitos e deveres do utente e seus cuidadores; serviços e cuidados disponíveis; condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar; horário de funcionamento e gestão de reclamações, com o parecer vinculativo da Equipa de Coordenação Regional.	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. Estão definidas as funções e responsabilidades de cada área de intervenção, de acordo com o seu perfil técnico e competências.	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. Está definido o responsável pela coordenação da equipa multidisciplinar.	☐	☐	☐	☐	☐
1.5. São realizadas reuniões multidisciplinares para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação de cuidados, de acordo com a	☐	☐	☐	☐	☐

periodicidade acordada na equipa.																																																		
1.6. A equipa realiza reuniões restritas e alargadas.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
1.7. São realizados resumos/atas das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis aos elementos da equipa.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
2. Gestão de parcerias externas	1	2	3	4	5																																													
2.1. Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias, de acordo com as necessidades a satisfazer.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
2.2. São estabelecidos protocolos com cada um dos parceiros, com a definição da respetiva intervenção específica.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
2.3. São elaborados relatórios da intervenção dos parceiros na concretização dos objetivos estabelecidos, com a periodicidade definida pela equipa.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
3. Garantia da Qualidade	1	2	3	4	5																																													
3.1. Está definida a metodologia para monitorização e melhoria dos cuidados.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
3.2. É feita a avaliação dos resultados recorrendo a indicadores preconizados, clínicos ou outros que constam no plano de ação.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
3.3 Realizam-se auditorias internas periódicas para verificar se as atividades e procedimentos correntes estão de acordo com o planeado e são efetivos.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
3.4. Está estabelecido um procedimento que define o modo como a equipa assegura que as não conformidades relativamente à prestação dos serviços são identificadas e corrigidas.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
4. Recursos Humanos	1	2	3	4	5																																													
4.1 Equipa multidisciplinar de cuidados continuados é composta por:	☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Áreas profissionais</th> <th style="width: 15%;">Nº profissionais</th> <th style="width: 15%;">Nº Total de Horas Semanais</th> <th style="width: 15%;">Formação frequentada durante o trimestre</th> <th style="width: 15%;">Observações</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Assistente Social</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermeiro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fisioterapeuta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Médico</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nutricionista</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pessoal Auxiliar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psicólogo</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Áreas profissionais	Nº profissionais	Nº Total de Horas Semanais	Formação frequentada durante o trimestre	Observações	Assistente Social					Enfermeiro					Fisioterapeuta					Médico					Nutricionista					Pessoal Auxiliar					Psicólogo					Outros				
Áreas profissionais						Nº profissionais	Nº Total de Horas Semanais	Formação frequentada durante o trimestre	Observações																																									
Assistente Social																																																		
Enfermeiro																																																		
Fisioterapeuta																																																		
Médico																																																		
Nutricionista																																																		
Pessoal Auxiliar																																																		
Psicólogo																																																		
Outros																																																		
4.2 Os profissionais da equipa estão, devidamente, identificados.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
4.3 Existe um procedimento que define, de forma clara, a forma como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento.	☐	☐	☐	☐	☐																																													
5. Instalações, equipamentos e dispositivos	1	2	3	4	5																																													

5.1 Quanto às instalações e equipamentos da equipa é desejável ter garantidas as seguintes condições: gabinete de atendimento e/ou sala(s) de trabalho para os profissionais das equipas domiciliárias; sistema de informação; local(is) de armazenamento, medicamentos e material de consumo clínico; telemóvel(is); viatura de serviço).	☐	☐	☐	☐	☐
5.2. A equipa dispõe de dispositivos promotores de autonomia/funcionalidade existentes na equipa (produtos de apoio; dispositivos de orientação temporal e espacial).	☐	☐	☐	☐	☐
5.3. Estão disponíveis nas instalações da equipa domiciliária: – organograma da equipa, com identificação do responsável pela coordenação da equipa; – mapa de pessoal com nome, categoria profissional, especialidade e carga horária semanal; – escala de serviço; – referência à existência de Regulamento Interno; – referência à existência de Manual/Guia de Acolhimento; – informação da existência do Livro de Reclamações.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Controlo da infeção e gestão de resíduos	1	2	3	4	5
6.1. Existe um responsável pela gestão do risco na equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
6.2. Estão estabelecidas políticas, procedimentos documentados e atualizados de controlo da infeção, que englobam: – procedimentos clínicos (enfermagem, médicos); – esterilização de material; – gestão de resíduos.	☐	☐	☐	☐	☐
6.3. As políticas e procedimentos são sujeitos a uma revisão sistemática referidas à regulamentação aplicável, a recomendações e orientações profissionais e compiladas num manual.	☐	☐	☐	☐	☐
6.4. Todos os profissionais envolvidos no manuseamento de resíduos recebem formação/atualização.	☐	☐	☐	☐	☐
6.5. O material de prestação de cuidados apresenta-se, visivelmente, limpo.	☐	☐	☐	☐	☐
6.6. A higienização das mãos (lavagem e/ou fricção alcoólica) é um procedimento habitual por todos os elementos da equipa no domicílio do utente.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos	1	2	3	4	5
7.1. Existe um procedimento padronizado para reportar acidentes com profissionais, com utentes, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos.	☐	☐	☐	☐	☐
7.2. Existe uma política de prevenção, deteção e gestão de abusos, maus tratos e negligência.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Formação em contexto de trabalho	1	2	3	4	5
8.1. Existe um manual de integração e está definida a metodologia de integração de novos profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
8.2. É estabelecido o uso de uma prática reflexiva no modelo integrativo de prestação de cuidados.	☐	☐	☐	☐	☐

8.3. É feita a identificação das necessidades de formação e elaborado um plano anual de formação profissional proposto pela ECCI;	☐	☐	☐	☐	☐
8.4. O plano anual de formação profissional proposto pela ECCI é cumprido.	☐	☐	☐	☐	☐
Observações:					

C- Prestação de cuidados de saúde e reabilitação

1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços	1	2	3	4	5
1.1. O acesso à equipa domiciliária é feito sob proposta da equipa referenciadora/gestão de altas ou por mobilidade da/o utente na RNCCI, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência, determinada pela equipa de coordenação local e com um prévio Consentimento Informado.	☐	☐	☐	☐	☐
1.2. A/o utente que tem acesso à equipa possui um contexto sócio-familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade de cuidados permitem ou promove a sua prestação no domicílio.	☐	☐	☐	☐	☐
1.3. A equipa domiciliária efetiva a admissão no período máximo de 48 horas e realiza a visita domiciliária nas primeiras 24 horas após a admissão da/o utente.	☐	☐	☐	☐	☐
1.4. O planeamento da alta é iniciado logo que a/o utente é admitido na equipa, de forma a permitir encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados.	☐	☐	☐	☐	☐
1.5. O planeamento da alta resulta obrigatoriamente da articulação prévia e conjunta entre utente/familiares/cuidadores, a equipa responsável pela prestação de cuidados e a ECL da área de domicílio do utente (com pelo menos 48 horas de antecedência) e está consubstanciada em Nota de Alta.	☐	☐	☐	☐	☐
1.6. O utente admitido na equipa domiciliária que necessite de cuidados em hospital de agudos, num período superior a 24 horas, pode ter reserva de lugar por um período nunca superior a 8 dias.	☐	☐	☐	☐	☐
1.7. Existe um procedimento de encaminhamento e alta do utente/cuidador para as situações em que o mesmo já não cumpre os critérios de elegibilidade e/ou manutenção no domicílio.	☐	☐	☐	☐	☐
1.8. A equipa faculta a informação necessária de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados após alta.	☐	☐	☐	☐	☐
1.9. Está salvaguardado o contacto telefónico para acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente/cuidador, no horário de funcionamento e em horário alargado, para situações devidamente identificadas.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Informação e comunicação com a/o utente	1	2	3	4	5
2.1. Ao longo do processo de acolhimento à/o utente e/ou cuidadores são informados: filosofia e princípios da RNCCI; visão e regras gerais do funcionamento da equipa domiciliária; constituição dos profissionais da equipa domiciliária; cuidados e serviços prestados pela equipa domiciliária; direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores; horário de funcionamento da equipa; procedimentos para apresentação de sugestões e reclamações.	☐	☐	☐	☐	☐

2.2. É entregue um Guia de Acolhimento à/ao utente/cuidadores.	☐	☐	☐	☐	☐
2.3. As informações sobre a equipa são dadas, verbalmente, explicitando o suporte escrito.	☐	☐	☐	☐	☐
2.4. A/o utente é informada/o, regularmente, da sua situação psicossocial e de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
2.5. A/o utente tem um gestor de caso identificado na equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
2.6. É assegurada a confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pela/o utente/cuidadores.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Direitos da/o utente e promoção da autonomia	1	2	3	4	5
3.1. A/o utente é tratada/o com respeito e valorizado enquanto pessoa e o seu direito à privacidade é mantido.	☐	☐	☐	☐	☐
3.2. A/o utente e/ou cuidadores são claramente informados sobre os procedimentos, o modo como podem participar nos cuidados e na tomada de decisão, informando também sobre os seus direitos e responsabilidades relacionadas com a recusa ou interrupção dos cuidados.	☐	☐	☐	☐	☐
3.3. É garantido o envolvimento das/os cuidadores através dos seguintes aspetos: inclusão no processo de acolhimento; as suas perspetivas e capacidades são incluídas no plano de cuidados; sempre que possível, participam na prestação de cuidados pelos elementos da equipa e são estimulados a participar nas atividades de vida diárias da/o utente;	☐	☐	☐	☐	☐
3.4. É assegurada a participação da/o utente através dos seguintes aspetos: a sua perspetiva é considerada e influencia o plano de cuidados; é envolvida/o durante a prestação de cuidados diretos; as suas preferências são registadas e respeitadas.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cuidados e serviços à/ao utente	1	2	3	4	5
4.1. São prestados os serviços e cuidados, conforme a tipologia da RNCCI.	☐	☐	☐	☐	☐
4.2. Está definida uma metodologia para avaliação holística das necessidades e expectativas do utente/cuidadores;	☐	☐	☐	☐	☐
4.3. Estão definidas as responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação das necessidades;	☐	☐	☐	☐	☐
4.4. Está estabelecido um procedimento escrito para a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII);	☐	☐	☐	☐	☐
4.5. O PII é realizado pela equipa multidisciplinar, com a participação da/o utente e/ou cuidador e consiste na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazo).	☐	☐	☐	☐	☐
4.6. O PII integrado contém: avaliação das necessidades da/o utente/cuidador/família; respostas organizadas e flexíveis de acordo com necessidades e preferências dos utentes; cuidados a prestar e objetivos a atingir; o nível de intervenção da/o utente/cuidador na implementação do PII; atuação de cada elemento interventor; identificação de riscos e as ações a implementar e informação sobre o gestor de caso.	☐	☐	☐	☐	☐
4.7. Estão definidas as responsabilidades relativas à elaboração, implementação, avaliação e revisão do PII;	☐	☐	☐	☐	☐

4.8. É feita a avaliação da dor;	☐	☐	☐	☐	☐
4.9. É feita à admissão e alta a avaliação do peso.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Gestão do processo de cuidados e da informação	1	2	3	4	5
5.1. Há um processo individual de cuidados continuados para cada utente.	☐	☐	☐	☐	☐
5.2. No processo individual de cuidados continuados (suporte papel) consta o PII estabelecido e reavaliado, com identificação do diagnóstico médico (principal e secundário); o plano terapêutico multidisciplinar (enfermagem, médico, social, fisioterapia, entre outros) e assinado pelos elementos da equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
5.3. No processo individual constam as escalas de avaliação de dependência preconizadas na RNCCI e são aplicadas na admissão e no momento da alta da equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
5.4. Há evidência escrita de que os planos individuais de intervenção são revistos regularmente.	☐	☐	☐	☐	☐
5.5. Consta nota de alta no processo de utentes que tiveram alta da Equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
5.6. Há acesso restrito à área de arquivo dos processos individuais de cuidados continuados.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Cuidados paliativos	1	2	3	4	5
6.1. Presta cuidados holísticos através da intervenção multidisciplinar, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;	☐	☐	☐	☐	☐
6.2. Pelo menos um elemento Enfermagem e Médico da equipa possui formação específica avançada ou especializada reconhecida em cuidados paliativos;	☐	☐	☐	☐	☐
6.3. O doente e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisão;	☐	☐	☐	☐	☐
6.4. Tem registos sistemáticos de deteção precoce e monitorização de problemas (escala de avaliação de sintomas de Edmonton, cuidados paliativos)	☐	☐	☐	☐	☐
6.5. Existe articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários e secundários (consultas da dor, oncologia) e/ou outras estruturas comunitárias de apoio a doentes em situação paliativa.	☐	☐	☐	☐	☐
6.6. Existem planos para apoio no luto;	☐	☐	☐	☐	☐
6.7. Existe possibilidade de apoio aos profissionais pelas exigências decorrentes do trabalho desenvolvido e para prevenção do <i>burnout</i> .	☐	☐	☐	☐	☐
7. Avaliação da satisfação e dos resultados	1	2	3	4	5
7.1. É realizada periodicamente a avaliação e existem dados concretos, do grau de satisfação do utente/cuidadores, relativamente a aspetos relacionados com a prestação de cuidados, tais como: acessibilidade; prestação de cuidados; relação e comunicação; continuidade dos cuidados e participação; organização do serviço e/ou da equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
7.2. É realizada periodicamente uma avaliação e existe informação concreta	☐	☐	☐	☐	☐

acerca da percepção dos profissionais relativamente a aspetos da gestão da equipa, tais como: ambiente de trabalho; condições de trabalho; comunicação; participação; sistemas de avaliação do desempenho; formação; motivação.	
7.3. Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos utentes/cuidadores/profissionais, que estabelece: periodicidade (mínimo anual); indicadores relacionados com a satisfação dos utentes/cuidadores e profissionais; sistemas de recolha de informação (questionários, entrevistas, reuniões ou sistemas de sugestões...) e o método de validação dos questionários; análise e tratamento dos dados recolhidos.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Observações:	

Observações do acompanhamento da atividade da equipa domiciliária

8. Outros assuntos do acompanhamento da atividade da equipa domiciliária

9. Recomendações

Recomendações		Prazo de implementação
1		
2		
3		

ANEXO III – Guião para o Instrumento de Apoio de Equipas
Domiciliárias da RNCCI

Guião para o Instrumento de Apoio a Equipas Domiciliárias da RNCCI

PARA USO DAS EQUIPAS COORDENADORAS LOCAIS E EQUIPAS PRESTADORAS

1. Nota Introdutória

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados é uma equipa multidisciplinar que presta cuidados de saúde e de apoio social de âmbito domiciliário, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei nº 101/2006, p.3862). Constituem uma tipologia de resposta de prestação de cuidados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei nº28/2008, p.1184). Estas equipas domiciliárias da RNCCI *devem desejavelmente, incluir um núcleo especializado de profissionais de saúde, com formação específica em cuidados paliativos, assegurando também ações paliativas e as funções das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), tendo em vista a rentabilização de recursos e uma abordagem de proximidade, procurando responder à globalidade das necessidades dos utentes* (Carta de Compromisso, sd). A ECCI visa a prestação de cuidados multidisciplinares orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação, promoção na autonomia e na participação dos utentes e famílias. Sendo fundamental as necessárias dotações de novos recursos para a sua estruturação, como a introdução de novas formas de trabalho e organização dos serviços e dos profissionais, que permitam um funcionamento coordenado e de acordo com a filosofia definida pela RNCCI. Neste sentido e não obstante constar na Carta de Compromisso das ECCI, a competência da ARS e do Centro Distrital do ISS, I.P. de *monitorizar e avaliar os processos e resultados da atividade prestada pela ECCI (...), sendo o acompanhamento do desempenho da ECCI efetuado de forma automática e por via eletrónica, não sobrecarregando a ECCI com carga administrativa adicional. A monitorização é desenvolvida pela Unidade de Apoio à Gestão (UAG) do ACES e pela UMCCI via ECR*. Na prática, esta monitorização e acompanhamento da atividade da ECCI através do aplicativo informático Gestcare CCI tem-se revelado insuficiente na avaliação da qualidade e funcionamento dos processos e dos resultados das equipas.

O modelo de gestão da rede assenta numa lógica de descentralização apoiada por três níveis de coordenação: nacional, regional e local. A coordenação da rede a nível local é assegurada pela ECL, que constitui a instância de coordenação mais próxima das unidades e equipas prestadoras, competindo-lhe, designadamente, *apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos nas unidades e equipas da Rede* (Decreto-Lei n.º 101/2006, p.3859).

2. Instrumento de apoio à organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados das Equipas de Cuidados Continuados Integrados

O presente instrumento de apoio da ECCI pretende constituir uma ferramenta de trabalho para a ECL prestar o acompanhamento técnico, de forma a permitir a avaliação da conformidade das atividades e resultados da ECCI, com base em requisitos explícitos de boas práticas. E, em simultâneo, constituir uma ferramenta de auto-avaliação que ajude a equipa domiciliária a identificar as suas lacunas e estimular soluções.

Foram utilizados como referenciais para a sua concepção, a revisão bibliográfica, as orientações emanadas pela Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), as orientações contidas na Grelha

de acompanhamento às Unidades, a legislação aplicável ao sector e utilizando a técnica de Delphi, com peritos identificados a nível nacional para obter o consenso face a um grupo de parâmetros. Para que a par da política de qualidade da RNCCI, enquanto dinâmica de melhoria contínua, seja assegurado o cumprimento de objetivos estratégicos e de requisitos de organização e funcionamento para a prestação de serviços e cuidados de proximidade, eficientes, eficazes, personalizados e oportunos.

2.1 Objetivo do instrumento

O Instrumento de apoio da ECCI tem como objetivo servir de guia para o acompanhamento da atividade da ECCI pela ECL, permitindo a identificação conjunta de desajustes ou grau de incumprimento de requisitos por item e grupo temático. Deverá ser aplicado e preenchido por, pelo menos, dois elementos da ECL em que um represente o sector da saúde e o outro o sector da segurança social. A partir dos resultados deste acompanhamento pela ECL, junto da equipa prestadora são criadas e acordadas ou sugeridas metas de melhoria exequíveis.

2.2 Aplicação do instrumento

O instrumento deverá ser aplicado, trimestralmente, ao longo da visita/sessão de acompanhamento à equipa e refletirá sobre aspetos da organização, funcionamento e prestação de serviços e cuidados da ECCI, naquele particular momento.

O instrumento deve ser preenchido na sua totalidade, incluindo parecer/recomendações assinadas pelos elementos da ECL e Equipa prestadora que estiveram presentes na visita.

Os elementos da ECL usarão técnicas de recolha de dados (observação directa, revisão de registos, informação de retorno, entrevistas), que considerem mais adequadas para a obtenção de resultados fidedignos ao longo do acompanhamento em que verificarão a concretização dos parâmetros constantes no instrumento.

2.3 Estrutura do instrumento

O Instrumento de apoio da ECCI é composto por quatro agrupamentos de parâmetros :

A – Dados Identificativos

B- Organização e funcionamento da equipa domiciliária

C- Prestação de cuidados de saúde e reabilitação

D- Indicadores de desempenho

O instrumento de apoio da ECCI apresenta-se sob o formato de *check-list* (para cada requisito apresentado é verificado o grau de cumprimento, podendo ser classificado em conformidade ou não conformidade), havendo três tipos de espaços em aberto: um para anotações em cada um dos grandes grupos de parâmetros; o segundo para “Outros assuntos” e o terceiro onde constarão as recomendações que deverão ser negociadas entre os elementos da ECL e da Equipa prestadora que participaram, directamente, na sessão de acompanhamento.

A- Dados Identificativos

Permite a identificação da Região e Distrito em que se encontra a Equipa prestadora sedeada; a data em que se realiza a visita; identificação da Instituição gestora da equipa; identificação dos elementos da Equipa presentes na visita/sessão de acompanhamento; identificação da ECL e respectivos elementos que procederão à visita/sessão de acompanhamento.

Identificação da tipologia da Equipa domiciliária que será acompanhada, a sua denominação, a sua lotação e a ocupação observada no dia da visita.

B- Organização e funcionamento da equipa domiciliária

A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários (cf. Artigo 27.º Decreto-Lei nº101/2006)

1. Organização e gestão

Parâmetro do Instrumento

1. Organização e gestão
1.1. Horário de funcionamento
1.2. Regulamento Interno
1.3. Manual de procedimentos ou documento Estão definidas as funções e responsabilidades de cada área de intervenção, de acordo com o seu perfil técnico e competências.
1.4. Coordenação da equipa multidisciplinar
1.5. Reuniões multidisciplinares
1.6. Reuniões restritas e alargadas
1.7. Resumos/atas das reuniões multidisciplinares

Enquadramento

A Prestação de Cuidados na RNCCI significa fornecer os melhores cuidados possíveis disponíveis a um indivíduo e família/cuidador com necessidades identificadas num contexto específico. A atuação multidisciplinar, em equipa, é indispensável (UMCCI, 2007, p.8). A organização dos serviços e prestação de cuidados que nela se perfila exigem a interação e cooperação dos profissionais de distintas disciplinas e setores, devidamente preparados e vocacionados para uma compreensão global do cidadão.

A ECCI é, essencialmente, uma equipa multidisciplinar e intersetorial. Está organicamente ligada a uma UCC de um ACES para fins de coordenação de recursos e de gestão da interligação e partilha de recursos com outras unidades funcionais do ACES. Porém, mantém a sua individualidade, autonomia técnica e liderança próprias, não colidindo com a articulação harmoniosa da UCC de referência e a sua coordenação.

As relações e a gestão de articulação, do envolvimento e partilha de recursos (tempos parcialmente dedicados no âmbito de equipas e unidades diferentes), especialmente entre Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF), UCC e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) terão de ser flexíveis e ajustadas à disponibilidade de recursos e competências instaladas.

1.1 A equipa domiciliária funciona todos os dias do ano no período das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos Sábados, Domingos e Feriados, mas as suas atividades terão de ser sempre programadas com 24 horas de antecedência. No entanto, pode-se considerar a hipótese de ficarem elementos de chamada no caso de cuidados paliativos, nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

1.2 A equipa estabeleceu um Regulamento Interno de funcionamento (podendo estar integrado na UCC) que visa assegurar a informação e divulgação da estrutura, organização e regras de funcionamento da equipa e contém, obrigatoriamente, os seguintes elementos:

- Missão, visão, valores e objetivos;
- Organograma;
- Identificação do mapa de pessoal;
- Direitos e deveres do utente e seus cuidadores;
- Serviços e cuidados disponíveis; condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;
- Horário de funcionamento e gestão de reclamações, com o parecer vinculativo da Equipa de Coordenação Regional.

1.3 Estão definidas no Manual de procedimentos ou documento as funções e responsabilidades de cada área de intervenção, de acordo com o seu perfil técnico e competências.

1.4 Está definido o responsável pela coordenação da equipa multidisciplinar.

1.5 São realizadas reuniões multidisciplinares para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação de cuidados, de acordo com a periodicidade acordada na equipa.

1.6 A equipa realiza reuniões restritas e alargadas.

1.7 São realizados resumos/atas das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis aos elementos da equipa.

2. Gestão de parcerias externas

A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais (cf. Artigo 27º Decreto-Lei nº 101/2006).

Parâmetro do Instrumento

2. Gestão de parcerias externas
2.1. Metodologia para estabelecimento de parcerias
2.2. Protocolos com cada um dos parceiros
2.3. Relatórios da intervenção dos parceiros

Enquadramento

2.1 Está definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias, de acordo com as necessidades a satisfazer.

2.2 São estabelecidos protocolos com cada um dos parceiros, com a definição da respetiva intervenção específica.

2.3 São elaborados relatórios da intervenção dos parceiros na concretização dos objetivos estabelecidos, com a periodicidade definida pela equipa.

3. Garantia da Qualidade

O funcionamento e a qualidade dos cuidados e serviços prestados, os processos realizados e os resultados obtidos, bem como a eficácia da articulação de cada unidade com outros recursos de saúde e ou sociais, existentes na respectiva área de implantação, estão sujeitos a uma avaliação periódica de acordo com os modelos de monitorização e avaliação definidos pela UMCCI, sem prejuízo dos processos internos de melhoria contínua no âmbito da respectiva gestão da qualidade (Cf. Alínea 9.1 Portaria 1087-A/2007).

Parâmetros do Instrumento

3. Garantia da Qualidade
3.1. Metodologia para monitorização e melhoria dos cuidados
3.2. Avaliação dos resultados da equipa através de indicadores
3.3 Auditorias internas
3.4. Procedimento que define medidas corretivas

Enquadramento

- 3.1 Está definida a metodologia para monitorização e melhoria dos cuidados.
- 3.2 É feita a avaliação dos resultados recorrendo a indicadores preconizados, clínicos ou outros que constam no plano de acção.
- 3.3 Realizam-se auditorias internas periódicas para verificar se as atividades e procedimentos correntes estão de acordo com o planeado e são efetivos.
- 3.4 Está estabelecido um procedimento que define o modo como a equipa assegura que as não conformidades relativamente à prestação dos serviços são identificadas e corrigidas.

4. Recursos Humanos

A prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade que podem contar com a colaboração de voluntários enquadrados como prestadores de cuidados informais. (Cf. Artigo 40.º do Decreto-Lei n.º 101/2006)

Parâmetros do Instrumento

4. Recursos Humanos				
4.1 Equipa multidisciplinar de cuidados continuados é composta por:				
Áreas profissionais	Nº profissionais	Nº Total de Horas Semanais	Formação frequentada durante o trimestre	Observações
Assistente Social				
Enfermeiro				
Fisioterapeuta				
Médico				
Nutricionista				
Pessoal Auxiliar				
Psicólogo				
Outros				
4.2 Profissionais da equipa estão identificados (fotografia, nome e categoria)				
4.3 Procedimento que define como é assegurado as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento				

Enquadramento

- 4.1 Composição da equipa multidisciplinar.
- 4.2 Os profissionais da equipa estão, devidamente, identificados.
- 4.3 Existe um procedimento que define, de forma clara, a forma como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento.

5. Instalações, equipamentos e dispositivos

Associado ao processo de constituição das ECCL deverá ser previsto nos CS, tendo em conta o desenvolvimento das práticas seguras e de qualidade, assim como, a resposta atempada das necessidades da população, instalações e equipamentos, de forma gradual (UMCCI, 2007:16).

Parâmetros do Instrumento

5. Instalações, equipamentos e dispositivos
5.1 Verificar a existência: – Gabinete de atendimento e/ou sala(s) de trabalho para os profissionais – Sistema de informação – Local(is) de armazenamento, medicamentos e material de consumo clínico – Telemóvel(is) – Viatura de serviço/plano de utilização da viatura
5.2. Dispositivos promotores de autonomia/funcionalidade existentes
5.3. Estão disponíveis nas instalações da equipa domiciliária: – Organograma da equipa – Mapa de pessoal – Escala de serviço – Referência à existência de Regulamento Interno – Referência à existência de Manual/Guia de Acolhimento – Informação da existência do Livro de Reclamações

Enquadramento

- 5.1 Quanto às instalações e equipamentos da equipa é desejável ter garantidas as seguintes condições: gabinete de atendimento e/ou sala(s) de trabalho para os profissionais das equipas domiciliárias; sistema de informação; local(is) de armazenamento, medicamentos e material de consumo clínico; telemóvel(is); viatura de serviço).
- 5.2 A equipa dispõe de dispositivos promotores de autonomia/funcionalidade existentes na equipa (produtos de apoio; dispositivos de orientação temporal e espacial).
- 5.3 Estão disponíveis nas instalações da equipa domiciliária:
 - Organograma da equipa, com identificação do responsável pela coordenação da equipa;
 - Mapa de pessoal com nome, categoria profissional, especialidade e carga horária semanal;
 - Escala de serviço;
 - Referência à existência de Regulamento Interno;
 - Referência à existência de Manual/Guia de Acolhimento;
 - Informação da existência do Livro de Reclamações.

6. Controlo da infeção e gestão de resíduos

Na avaliação das condições gerais de instalações e funcionamento, a gestão de resíduos de natureza diversa nas unidades e equipas é considerada um fator indispensável (Portaria 1087-A/2007).

Parâmetros do Instrumento

6. Controlo da infeção e gestão de resíduos
6.1. Responsável pela gestão do risco na equipa
6.2. Manual de procedimentos/Manual de Boas Práticas Políticas, procedimentos documentados e atualizados de controlo da infeção
6.3. Revisão sistemática do Manual de procedimentos
6.4. Formação/atualização de todos os profissionais envolvidos no manuseamento de resíduos
6.6. Material de prestação de cuidados visivelmente limpo
6.6. A higienização das mãos é um procedimento habitual por todos os elementos da equipa

Enquadramento

- 6.1 Existe um responsável pela gestão do risco na equipa.
- 6.2 Estão estabelecidas políticas, procedimentos documentados e atualizados de controlo da infeção, que englobam:
- Procedimentos clínicos (enfermagem, médicos);
 - Esterilização de material;
 - Gestão de resíduos.
- 6.3 As políticas e procedimentos são sujeitos a uma revisão sistemática referidas à regulamentação aplicável, a recomendações e orientações profissionais e compiladas num manual.
- 6.4 Todos os profissionais envolvidos no manuseamento de resíduos recebem formação/atualização.
- 6.5 O material de prestação de cuidados apresenta-se, visivelmente, limpo.
- 6.6 A higienização das mãos (lavagem e/ou fricção alcoólica) é um procedimento habitual por todos os elementos da equipa no domicílio do utente.

7. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos

Parâmetros do Instrumento

7. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos
7.1. Procedimento padronizado para reportar acidentes com profissionais, com utentes, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos
7.2. Política de prevenção, deteção e gestão de abusos, maus tratos e negligência

Enquadramento

- 7.1 Existe um procedimento padronizado para reportar acidentes com profissionais, com utentes, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos.
- 7.2 Existe uma política de prevenção, deteção e gestão de abusos, maus tratos e negligência.

8. Formação em contexto de trabalho

A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua, sendo que a prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica. (cf. Artigo 40º DL 101/2006)

Parâmetros do Instrumento

8. Formação em contexto de trabalho
8.1. Manual de integração Está definida a metodologia de integração de novos profissionais
8.2. Prática reflexiva no modelo integrativo de prestação de cuidados
8.3. Identificação das necessidades de formação Elaborado um plano anual de formação profissional
8.4. Plano anual de formação profissional proposto pela ECCI é cumprido.

Enquadramento

- 8.1 Existe um manual de integração e está definida a metodologia de integração de novos profissionais.
- 8.2 É estabelecido o uso de uma prática reflexiva no modelo integrativo de prestação de cuidados.
- 8.3 É feita a identificação das necessidades de formação e elaborado um plano anual de formação profissional proposto pela ECCI.
- 8.4 O plano anual de formação profissional proposto pela ECCI é cumprido.

C- Prestação de cuidados de saúde e reabilitação

O domicílio como contexto central da prestação de cuidados. (Carta de Compromisso)

1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços

Integram os princípios da Rede, a continuidade dos cuidados, a equidade no acesso e mobilidade e a proximidade da prestação dos cuidados (Artigo 6º do Decreto-Lei nº 101/2006).

Parâmetros do Instrumento

1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços
1.1. O acesso é determinado pela ECL com o prévio Consentimento Informado
1.2. Utentes admitidos possuem contexto sócio-familiar e situação de saúde cuja intensidade e complexidade de cuidados permite e/ou promove a sua prestação no domicílio
1.3. Admissão efetivada no período máximo de 48 horas Realiza a VD nas primeiras 24 horas após a admissão da/o utente
1.4. Planeamento da alta é iniciado logo que a/o utente é admitido
1.5. Planeamento da alta com articulação prévia e conjunta entre utente, a equipa prestadora de cuidados e a ECL e consubstanciada em Nota de Alta
1.6. Pedido de reserva de vaga
1.7. Procedimento de encaminhamento e alta do utente/cuidador
1.8. Garantia de segurança e a continuidade dos cuidados após alta
1.9. Atendimento telefónico para supervisão e aconselhamento do utente/cuidador, no horário de funcionamento e em horário alargado

Enquadramento

- 1.1 O acesso à equipa domiciliária é feito sob proposta da equipa referenciadora/gestão de altas ou por mobilidade da/o utente na RNCCI, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência, determinada pela equipa de coordenação local e com um prévio Consentimento Informado.
- 1.2 A/o utente que tem acesso à equipa possui um contexto sócio-familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade de cuidados permitem ou promove a sua prestação no domicílio.
- 1.3 A equipa domiciliária efetiva a admissão no período máximo de 48 horas e realiza a visitação domiciliária nas primeiras 24 horas após a admissão da/o utente.
- 1.4 O planeamento da alta é iniciado logo que a/o utente é admitido na equipa, de forma a permitir encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados.
- 1.5 O planeamento da alta resulta obrigatoriamente da articulação prévia e conjunta entre utente/familiares/cuidadores, a equipa responsável pela prestação de cuidados e a ECL da área de domicílio do utente (com pelo menos 48 horas de antecedência) e está consubstanciada em Nota de Alta.
- 1.6 O utente admitido na equipa domiciliária que necessite de cuidados em hospital de agudos, num período superior a 24 horas, pode ter reserva de lugar por um período nunca superior a 8 dias.
- 1.7 Existe um procedimento de encaminhamento e alta do utente/cuidador para as situações em que o mesmo já não cumpre os critérios de elegibilidade e/ou manutenção no domicílio.
- 1.8 A equipa faculta a informação necessária de modo a garantir a segurança e a continuidade dos cuidados após alta.
- 1.9 Está salvaguardado o contacto telefónico para acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente/cuidador, no horário de funcionamento e em horário alargado, para situações devidamente identificadas.

2. Informação e comunicação com a/o utente

A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência, designadamente, à informação (Artigo 7º do Decreto-Lei nº 101/2006).

Parâmetros do Instrumento

2. Informação e comunicação com a/o utente
2.1. Ao longo do processo de acolhimento à/ao utente e/ou cuidadores são informados: – Filosofia e princípios da RNCCI – Visão e regras gerais do funcionamento da equipa domiciliária – Constituição dos profissionais da equipa domiciliária – Cuidados e serviços prestados pela equipa domiciliária – Direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores – Horário de funcionamento da equipa – Procedimentos para apresentação de sugestões e reclamações
2.2. Guia de Acolhimento à/ao utente/cuidadores
2.3. As informações sobre a equipa são dadas, verbalmente, explicitando o suporte escrito
2.4. A/o utente é informada/o, regularmente, da sua situação psicossocial e de saúde
2.5. Cada utente tem um gestor de caso identificado na equipa
2.6. Confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pela/o utente/cuidadores.

Enquadramento

- 2.1 Ao longo do processo de acolhimento à/ao utente e/ou cuidadores são informados: filosofia e princípios da RNCCI; visão e regras gerais do funcionamento da equipa domiciliária; constituição dos profissionais da equipa domiciliária; cuidados e serviços prestados pela equipa domiciliária; direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores; horário de funcionamento da equipa; procedimentos para apresentação de sugestões e reclamações.
- 2.2 É entregue um Guia de Acolhimento à/ao utente/cuidadores.
- 2.3 As informações sobre a equipa são dadas, verbalmente, explicitando o suporte escrito.
- 2.4 A/o utente é informada/o, regularmente, da sua situação psicossocial e de saúde.
- 2.5 A/o utente tem um gestor de caso identificado na equipa.
- 2.6 É assegurada a confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pela/o utente/cuidadores.

3. Direitos da/o utente e promoção da autonomia

A Rede, entre os vários princípios-base sob os quais se rege, destaque-se: promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual (Artigo 7º do Decreto-Lei nº 101/2006).

Parâmetros do Instrumento

3. Direitos da/o utente e promoção da autonomia
3.1. A/o utente é tratada/o com respeito e valorizado enquanto pessoa e o seu direito à privacidade é mantido
3.2. A/o utente e/ou cuidadores são claramente informados sobre os procedimentos, o modo como podem participar nos cuidados e na tomada de decisão
3.3. É garantido o envolvimento das/os cuidadores através dos seguintes aspetos: - Inclusão no processo de acolhimento - As suas perspetivas e capacidades são incluídas no plano de cuidados - Sempre que possível, participam na prestação de cuidados pelos elementos da equipa e são estimulados a participar nas atividades de vida diárias da/o utente
3.4. É assegurada a participação da/o utente A sua perspetiva é considerada e influencia o plano de cuidados; é envolvida/o durante a prestação de cuidados diretos; as suas preferências são registadas e respeitadas

Enquadramento

- 3.1 A/o utente é tratada/o com respeito e valorizado enquanto pessoa e o seu direito à privacidade é mantido.
- 3.2 A/o utente e/ou cuidadores são claramente informados sobre os procedimentos, o modo como podem participar nos cuidados e na tomada de decisão, informando também sobre os seus direitos e responsabilidades relacionadas com a recusa ou interrupção dos cuidados.
- 3.3 É garantido o envolvimento das/os cuidadores através dos seguintes aspetos: inclusão no processo de acolhimento; as suas perspetivas e capacidades são incluídas no plano de cuidados;

sempre que possível, participam na prestação de cuidados pelos elementos da equipa e são estimulados a participar nas atividades de vida diárias da/o utente.

- 3.4 É assegurada a participação da/o utente através dos seguintes aspetos: a sua perspetiva é considerada e influencia o plano de cuidados; é envolvida/o durante a prestação de cuidados diretos; as suas preferências são registadas e respeitadas.

4. Cuidados e serviços à/ao utente

A concretização dos objectivos específicos de cada equipa exige, de harmonia com o disposto nos artigos 27.º e 28.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. A ECCI assegura cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa, bem como, na resposta das necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; Apoio na satisfação das necessidades básicas; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais; Produção e tratamento de informação por forma a garantir a organização de indicadores de avaliação (Artigo 27º e 28º do Decreto-Lei nº 101/2006).

Parâmetros do Instrumento

4. Cuidados e serviços à/ao utente
4.1. Prestados os serviços e cuidados, conforme a tipologia da RNCCI
4.2. Avaliação integral das necessidades e expectativas do utente/cuidadores
4.3. Definição das responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação
4.4. Procedimento escrito para a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII)
4.5. PII realizado pela equipa multidisciplinar com a participação da/o utente e/ou cuidador Consiste na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazo)
4.6. O PII integrado contém: - Avaliação das necessidades da/o utente/cuidador/família - Respostas organizadas e flexíveis - Cuidados a prestar e objetivos a atingir - Nível de intervenção da/o utente/cuidador na implementação do PII - Atuação de cada elemento interventor - Identificação de riscos e as ações a implementar e informação sobre o gestor de caso
4.7. Definição das responsabilidades relativas à elaboração, implementação, avaliação e revisão do PII
4.8. Avaliação e registo da dor

Enquadramento

- 4.1 São prestados os serviços e cuidados, conforme a tipologia da RNCCI.
- 4.2 Está definida uma metodologia para avaliação holística das necessidades e expectativas do utente/cuidadores.

- 4.3 Estão definidas as responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação das necessidades.
- 4.4 Está estabelecido um procedimento escrito para a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII).
- 4.5 O PII é realizado pela equipa multidisciplinar, com a participação da/o utente e/ou cuidador e consiste na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazo).
- 4.6 O PII integrado contém: avaliação das necessidades da/o utente/cuidador/família; respostas organizadas e flexíveis de acordo com necessidades e preferências dos utentes; cuidados a prestar e objetivos a atingir; o nível de intervenção da/o utente/cuidador na implementação do PII; atuação de cada elemento interventor; identificação de riscos e as ações a implementar e informação sobre o gestor de caso.
- 4.7 Estão definidas as responsabilidades relativas à elaboração, implementação, avaliação e revisão do PII.
- 4.8 É feita a avaliação da dor.

5. Gestão do processo de cuidados e da informação

O processo deve ser estruturado de acordo com as directrizes emanadas pela UMCCI e a legislação aplicável.

O processo individual do utente deve ser permanentemente atualizado, sendo que, no que se reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação clara do seu autor. O processo pode ser consultado pelo utente e, ainda, pelos familiares ou representante legal nos termos da legislação aplicável.

As unidades asseguram o arquivo do processo individual do utente, em conformidade com a legislação vigente (Alíneas 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5 da Portaria nº 1087-A/2007)

Parâmetros do Instrumento

5. Gestão do processo de cuidados e da informação
5.1. Existência de processo individual de cuidados continuados (suporte papel) para cada utente
5.2. No processo individual de cuidados continuados consta: - PII estabelecido e reavaliado, com identificação do diagnóstico médico (principal e secundário) - Plano terapêutico multidisciplinar e assinado pela equipa - Escalas de avaliação de dependência preconizadas na RNCCI e são aplicadas na admissão e no momento da alta da equipa
5.3. Planos individuais de intervenção são revistos regularmente
5.4. Consta nota de alta no processo de utentes que tiveram alta da Equipa
5.5. Acesso restrito à área de arquivo dos processos individuais de cuidados continuados

Enquadramento

- 5.1 Há um processo individual de cuidados continuados para cada utente.
- 5.2 No processo individual de cuidados continuados (suporte papel) consta o PII estabelecido e reavaliado, com identificação do diagnóstico médico (principal e secundário); o plano terapêutico multidisciplinar (enfermagem, médico, social, fisioterapia, entre outros) e assinado pelos elementos da equipa; escalas de avaliação de dependência preconizadas na RNCCI e são aplicadas na admissão e no momento da alta da equipa.

- 5.3 Há evidência escrita de que os planos individuais de intervenção são revistos regularmente.
- 5.4 Consta nota de alta no processo de utentes que tiveram alta da Equipa.
- 5.5 Há acesso restrito à área de arquivo dos processos individuais de cuidados continuados.

6. Cuidados paliativos

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas (...) (Artigo 28º do Decreto-Lei nº 101/2006).

A(s) ECCL deve(m) incluir profissionais com formação e competência em cuidados paliativos, assegurando também acções paliativas e as funções das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), tendo em vista a rentabilização de recursos e uma abordagem de proximidade, procurando responder à globalidade das necessidades dos utentes(Carta de Compromisso)

Parâmetros do Instrumento

6. Cuidados paliativos
6.1. Presta cuidados holísticos através da intervenção multidisciplinar, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva
6.2. Pelo menos um elemento de Enfermagem e Médico possui formação específica avançada ou especializada reconhecida em cuidados paliativos
6.3. A/o utente e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisão
6.4. Registo sistemático de deteção precoce e monitorização de problemas (escala de avaliação de sintomas de Edmonton, cuidados paliativos)
6.5. Articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários e secundários (consultas da dor, oncologia) e/ou outras estruturas comunitárias de apoio a doentes em situação paliativa
6.6. Existem planos para apoio no luto
6.7. Possibilidade de apoio aos profissionais pelas exigências decorrentes do trabalho desenvolvido e para prevenção do <i>burnout</i>

Enquadramento

- 6.1 Presta cuidados holísticos através da intervenção multidisciplinar, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.
- 6.2 Pelo menos um elemento Enfermagem e Médico da equipa possui formação específica avançada ou especializada reconhecida em cuidados paliativos.
- 6.3 O doente e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisão.
- 6.4 Tem registos sistemáticos de deteção precoce e monitorização de problemas (escala de avaliação de sintomas de Edmonton, cuidados paliativos).
- 6.5 Existe articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários e secundários (consultas da dor, oncologia) e/ou outras estruturas comunitárias de apoio a doentes em situação paliativa.
- 6.6 Existem planos para apoio no luto.

- 6.7 Existe possibilidade de apoio aos profissionais pelas exigências decorrentes do trabalho desenvolvido e para prevenção do *burnout*.

7. Avaliação da satisfação e dos resultados

Parâmetros do Instrumento

7. Avaliação da satisfação e dos resultados
7.1. Realização periódica da avaliação do grau de satisfação do utente/cuidadores Relativos a acessibilidade; prestação de cuidados; relação e comunicação; continuidade dos cuidados e participação; organização do serviço e/ou da equipa
7.2. Realização periódica da avaliação da percepção dos profissionais Relativos ao ambiente de trabalho; condições de trabalho; comunicação; participação; sistemas de avaliação do desempenho; formação; motivação
7.3. Definição da metodologia de avaliação da satisfação dos utentes/cuidadores/profissionais

Enquadramento

- 7.1 É realizada periodicamente a avaliação e existem dados concretos, do grau de satisfação do utente/cuidadores, relativamente a aspetos relacionados com a prestação de cuidados, tais como: acessibilidade; prestação de cuidados; relação e comunicação; continuidade dos cuidados e participação; organização do serviço e/ou da equipa.
- 7.2 É realizada periodicamente uma avaliação e existe informação concreta acerca da percepção dos profissionais relativamente a aspetos da gestão da equipa, tais como: ambiente de trabalho; condições de trabalho; comunicação; participação; sistemas de avaliação do desempenho; formação; motivação.
- 7.3 Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos utentes/cuidadores/profissionais, que estabelece: periodicidade (mínimo anual); indicadores relacionados com a satisfação dos utentes/cuidadores e profissionais; sistemas de recolha de informação (questionários, entrevistas, reuniões ou sistemas de sugestões...) e o método de validação dos questionários; análise e tratamento dos dados recolhidos.

Referências Bibliográficas

- CARTA DE COMPROMISSO – *Instalação de Equipa(s) de Cuidados Continuados Integrados*. [Em linha]. Porto: sd. [Consult. 26 maio 2013]. Disponível WWW:< http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Documenta%C3%A7%C3%A3o/Ficheiros/Carta_Compromisso_ECCL.pdf >.
- DECRETO-LEI nº101/ 2006. *D.R. I Série*. Nº109 (06-06-2006), p.3856-3865.
- DECRETO-LEI nº28/2008. *D.R. I Série*. Nº38 (22-02-2008), p.1182-1189.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - Carteira de Serviços*. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007. [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf>

- PORTARIA nº1087-A/2007. D.R. I Série Nº171 (05-09-2007), p.6320 – 6324.
- UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações Para a sua Constituição nos Centros de Saúde*. [Em linha]. Lisboa: 2007 [Consult. 11 maio 2013] Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ECCI_versaofinalissima.pdf>.
- UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Guião para “Grelha de Acompanhamento às Unidades” da RNCCI*. Lisboa: 2011.
- UNIDADE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua*. [Em linha]. Lisboa: 2011 [Consult. 11 maio 2013]. Disponível WWW:<http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf>

ANEXO IV – Instrumento Final

Instrumento Final

A – Dados identificativos			Cumprimento		
			total	parcial	não
Região	Distrito	DD. MM. AAAA			
Instituição Gestora da Equipa Prestadora		Equipa Coordenadora Local			
Elementos da Equipa (nome /função)		Elementos da ECL (nome/ função)			
1. Tipologia da Equipa Equipa de Cuidados Continuados Integrados ☐ Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos ☐					
2. Denominação da Equipa		3. Lotação (nº de vagas contratadas) 4. Ocupação (nº de utentes no dia da visita)			
Observações:					

B — Organização e funcionamento da equipa domiciliária		Cumprimento		
		total	parcial	não
1. Organização e gestão				
1.1. Horário de funcionamento				
1.2. Regulamento Interno				
1.3. Manual de procedimentos ou documento				
Estão definidas as funções e responsabilidades de cada área de intervenção, de acordo com o seu perfil técnico e competências.				
1.4. Coordenação da equipa multidisciplinar				
1.5. Reuniões multidisciplinares				
1.6. Reuniões restritas e alargadas				
1.7. Resumos/atas das reuniões multidisciplinares				
2. Gestão de parcerias externas				
2.1. Metodologia para estabelecimento de parcerias				
2.2. Protocolos com cada um dos parceiros				
2.3. Relatórios da intervenção dos parceiros				
3. Garantia da Qualidade				

3.1. Metodologia para monitorização e melhoria dos cuidados							
3.2. Avaliação dos resultados da equipa através de indicadores							
3.3 Auditorias internas							
3.4. Procedimento que define medidas correctivas							
4. Recursos Humanos					total	parcial	não
4.1 Equipa multidisciplinar de cuidados continuados é composta por:							
Áreas profissionais	Nº profissionais	Nº Total de Horas Semanais	Formação frequentada durante o trimestre	Observações			
Assistente Social							
Enfermeiro							
Fisioterapeuta							
Médico							
Nutricionista							
Pessoal Auxiliar							
Psicólogo							
Outros							
4.2 Profissionais da equipa estão identificados (fotografia, nome e categoria).							
4.3 Procedimento que define como é assegurado as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento.							
5. Instalações, equipamentos e dispositivos					total	parcial	não
5.1 Verificar a existência:							
- Gabinete de atendimento e/ou sala(s) de trabalho para os profissionais - Sistema de informação - Local(is) de armazenamento, medicamentos e material de consumo clínico - Telemóvel(is) - Viatura de serviço/plano de utilização da viatura							
5.2. Dispositivos promotores de autonomia/funcionalidade existentes							
5.3. Estão disponíveis nas instalações da equipa domiciliária:							
- Organograma da equipa - Mapa de pessoal - Escala de serviço - Referência à existência de Regulamento Interno - Referência à existência de Manual/Guia de Acolhimento - Informação da existência do Livro de Reclamações							
6. Controlo da infeção e gestão de resíduos					total	parcial	não
6.1. Responsável pela gestão do risco na equipa							
6.2. Manual de procedimentos/Manual de Boas Práticas							
Políticas, procedimentos documentados e atualizados de controlo da infeção							

6.3. Revisão sistemática do Manual de procedimentos			
6.4. Formação/atualização de todos os profissionais envolvidos no manuseamento de resíduos			
6.7. Material de prestação de cuidados visivelmente limpo			
6.6. A higienização das mãos é um procedimento habitual por todos os elementos da equipa			
7. Registo de acidentes, incidentes ou acontecimentos perigosos	total	parcial	não
7.1. Procedimento padronizado para reportar acidentes com profissionais, com utentes, quedas ou incidentes ou acontecimentos perigosos			
7.2. Política de prevenção, deteção e gestão de abusos, maus tratos e negligência			
8. Formação em contexto de trabalho	total	parcial	não
8.1. Manual de integração Está definida a metodologia de integração de novos profissionais			
8.2. Prática reflexiva no modelo integrativo de prestação de cuidados			
8.3. Identificação das necessidades de formação Elaborado um plano anual de formação profissional			
8.4. Plano anual de formação profissional proposto pela ECCI é cumprido.			

C- Prestação de cuidados de saúde e reabilitação		Cumprimento		
1. Acesso e continuidade de cuidados e serviços	total	parcial	não	
1.1. O acesso é determinado pela ECL com o prévio Consentimento Informado				
1.2. Utentes admitidos possuem contexto sócio-familiar e situação de saúde cuja intensidade e complexidade de cuidados permite e/ou promove a sua prestação no domicílio				
1.3. Admissão efetivada no período máximo de 48 horas Realiza a VD nas primeiras 24 horas após a admissão da/o utente				
1.4. Planeamento da alta é iniciado logo que a/o utente é admitido				
1.5. Planeamento da alta com articulação prévia e conjunta entre utente, a equipa prestadora de cuidados e a ECL e consubstanciada em Nota de Alta				
1.6. Pedido de reserva de vaga				
1.7. Procedimento de encaminhamento e alta do utente/cuidador				
1.8. Garantia de segurança e a continuidade dos cuidados após alta				
1.9. Atendimento telefónico para supervisão e aconselhamento do utente/cuidador, no horário de funcionamento e em horário alargado				
2. Informação e comunicação com a/o utente	total	parcial	não	
2.1. Ao longo do processo de acolhimento à/ao utente e/ou cuidadores são informados: - Filosofia e princípios da RNCCI - Visão e regras gerais do funcionamento da equipa domiciliária				

- Constituição dos profissionais da equipa domiciliária - Cuidados e serviços prestados pela equipa domiciliária - Direitos, garantias e deveres do utente e cuidadores - Horário de funcionamento da equipa - Procedimentos para apresentação de sugestões e reclamações			
2.2. Guia de Acolhimento à/ao utente/cuidadores			
2.3. As informações sobre a equipa são dadas, verbalmente, explicitando o suporte escrito			
2.4. A/o utente é informada/o, regularmente, da sua situação psicossocial e de saúde			
2.5. Cada utente tem um gestor de caso identificado na equipa			
2.6. Confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pela/o utente/cuidadores.			
3. Direitos da/o utente e promoção da autonomia	total	parcial	não
3.1. A/o utente é tratada/o com respeito e valorizado enquanto pessoa e o seu direito à privacidade é mantido			
3.2. A/o utente e/ou cuidadores são claramente informados sobre os procedimentos, o modo como podem participar nos cuidados e na tomada de decisão			
3.3. É garantido o envolvimento das/os cuidadores através dos seguintes aspetos: - Inclusão no processo de acolhimento - As suas perspetivas e capacidades são incluídas no plano de cuidados - Sempre que possível, participam na prestação de cuidados pelos elementos da equipa e são estimulados a participar nas atividades de vida diárias da/o utente			
3.4. É assegurada a participação da/o utente A sua perspetiva é considerada e influencia o plano de cuidados; é envolvida/o durante a prestação de cuidados diretos; as suas preferências são registadas e respeitadas			
4. Cuidados e serviços à/ao utente	total	parcial	não
4.1. Prestados os serviços e cuidados, conforme a tipologia da RNCCI			
4.2. Avaliação integral das necessidades e expectativas do utente/cuidadores			
4.3. Definição das responsabilidades da equipa multidisciplinar na avaliação			
4.4. Procedimento escrito para a elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII)			
4.5. PII realizado pela equipa multidisciplinar com a participação da/o utente e/ou cuidador consiste na planificação de objetivos partilhados, a alcançar em função de determinados períodos de tempo (curto, médio e longo prazo)			
4.6. O PII integrado contém: - Avaliação das necessidades da/o utente/cuidador/família - Respostas organizadas e flexíveis - Cuidados a prestar e objetivos a atingir - Nível de intervenção da/o utente/cuidador na implementação do PII - Atuação de cada elemento interventor			

- Identificação de riscos e as ações a implementar e informação sobre o gestor de caso			
4.7. Definição das responsabilidades relativas à elaboração, implementação, avaliação e revisão do PII			
4.8. Avaliação e registo da dor			
5. Gestão do processo de cuidados e da informação	total	parcial	não
5.1. Existência de processo individual de cuidados continuados (suporte papel) para cada utente			
5.2. No processo individual de cuidados continuados consta: - PII estabelecido e reavaliado, com identificação do diagnóstico médico (principal e secundário) - Plano terapêutico multidisciplinar e assinado pela equipa - Escalas de avaliação de dependência preconizadas na RNCCI e são aplicadas na admissão e no momento da alta da equipa			
5.3. Planos individuais de intervenção são revistos regularmente			
5.4. Consta nota de alta no processo de utentes que tiveram alta da Equipa			
5.5. Acesso restrito à área de arquivo dos processos individuais de cuidados continuados			
6. Cuidados paliativos	total	parcial	não
6.1. Presta cuidados holísticos através da intervenção multidisciplinar, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva			
6.2. Pelo menos um elemento de Enfermagem e Médico, possui formação específica avançada ou especializada reconhecida em cuidados paliativos			
6.3. A/o utente e familiares são envolvidos no processo de tomada de decisão			
6.4. Registo sistemático de deteção precoce e monitorização de problemas (escala de avaliação de sintomas de Edmonton, cuidados paliativos)			
6.5. Articulação e colaboração com os cuidados de saúde primários e secundários (consultas da dor, oncologia) e/ou outras estruturas comunitárias de apoio a doentes em situação paliativa			
6.6. Existem planos para apoio no luto			
6.7. Possibilidade de apoio aos profissionais pelas exigências decorrentes do trabalho desenvolvido e para prevenção do <i>burnout</i>			
7. Avaliação da satisfação e dos resultados	total	parcial	não
7.1. Realização periódica da avaliação do grau de satisfação do utente/cuidadores Relativos a acessibilidade; prestação de cuidados; relação e comunicação; continuidade dos cuidados e participação; organização do serviço e/ou da equipa			
7.2. Realização periódica da avaliação da percepção dos profissionais Relativos ao ambiente de trabalho; condições de trabalho; comunicação; participação; sistemas de avaliação do desempenho; formação; motivação			
7.3. Definição da metodologia de avaliação da satisfação dos utentes/cuidadores/profissionais			

Observações:

Observações do acompanhamento da atividade da equipa domiciliária

8. Outros assuntos do acompanhamento da atividade da equipa domiciliária

9. Recomendações

Recomendações		Prazo de implementação
1		
2		
3		
4		
5		

ANEXO V – Análise de Dados Estatísticos

Análise de Dados Estatísticos

Dados Estatísticos - 1ª Ronda Técnica de Delphi														
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	Média	Mediana	Moda	%
A	Dados Identificativos													
1	NR	5	5	5	5	NR	4	NR	NR	5	4,83	5,00	5,00	96,67
2	NR	5	5	5	5	NR	4	NR	NR	5	4,83	5,00	5,00	96,67
3	NR	4	5	5	4	NR	4	NR	NR	5	4,50	4,50	4,00	90,00
B	Organização e Funcionamento da Equipa													
1	Organização e Gestão													
1.1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
1.2	5	3	5	5	5	5	4	4	2	5	4,30	5,00	5,00	86,00
1.3	5	4	5	5	5	5	5	4	2	5	4,50	5,00	5,00	90,00
1.4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
1.5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
1.6	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
1.7	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4,80	5,00	5,00	96,00
2	Gestão de Parcerias													
2.1	5	4	5	4	5	4	4	3	5	5	4,40	4,50	5,00	88,00
2.2	4	3	5	4	5	4	4	3	2	5	3,90	4,00	4,00	78,00
2.3	4	3	5	4	5	4	4	3	2	5	3,90	4,00	4,00	78,00
3	Garantia da Qualidade													
3.1	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
3.2	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
3.3	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4,60	5,00	5,00	92,00
3.4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4,50	4,50	5,00	90,00
4	Recursos Humanos													
4.1	NR	4	5	5	5	NR	5	4	NR	5	4,71	5,00	5,00	94,29
4.2	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	4,70	5,00	5,00	94,00
4.3	5	4	4	5	5	5	4	5	3	5	4,50	5,00	5,00	90,00
5	Instalações, Equipamentos e Dispositivos													
5.1	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
5.2	3	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4,40	4,50	5,00	88,00
5.3	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
6	Controlo de Infecção e Gestão de Resíduos													
6.1	3	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4,60	5,00	5,00	92,00
6.2	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
6.3	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	4,60	5,00	5,00	92,00
6.4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
6.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
6.6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
7	Registos de Acidentes, Incidentes ou Acontecimentos													
7.1	5	5	5	4	5	5	4	5	3	5	4,60	5,00	5,00	92,00
7.2	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4,70	5,00	5,00	94,00

8	Formação em Contexto de Trabalho													
8.1	5	NR	5	5	5	5	5	5	2	5	4,67	5,00	5,00	93,33
8.2	5	3	5	4	5	5	4	5	5	5	4,60	5,00	5,00	92,00
8.3	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
8.4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
C	Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação													
1	Acesso e Continuidade de Cuidados e Serviços													
1.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.2	5	5	5	4	4	3	5	5	5	5	4,60	5,00	5,00	92,00
1.3	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
1.4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	2	4,40	5,00	5,00	88,00
1.5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
1.6	5	5	2	4	3	1	5	2	5	1	3,30	3,50	5,00	66,00
1.7	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
1.8	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
1.9	5	5	NR	4	5	5	5	4	5	5	4,78	5,00	5,00	95,56
2	Informação e Comunicação com o Utente													
2.1	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
2.2	4	4	5	5	5	5	4	5	3	5	4,50	5,00	5,00	90,00
2.3	5	3	5	5	5	5	4	5	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
2.4	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
2.5	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
2.6	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
3	Direitos do Utente e Promoção da Autonomia													
3.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
3.2	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
3.3	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
3.4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
4	Cuidados e Serviços ao Utente													
4.1	5	4	5	5	3	5	5	4	5	5	4,60	5,00	5,00	92,00
4.2	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
4.3	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
4.4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
4.5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
4.6	5	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
4.7	5	3	5	5	5	5	4	5	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
4.8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4.9	3	4	5	5	3	4	4	3	2	1	3,40	3,50	3,00	68,00
5	Gestão do Processo de Cuidados e Informação													
5.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
5.2	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4,50	4,50	4,00	90,00
5.3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
5.4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
5.5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4,70	5,00	5,00	94,00
5.6	5	5	3	4	5	5	5	4	NR	5	4,56	5,00	5,00	91,11

6	Cuidados Paliativos													
6.1	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4,80	5,00	5,00	96,00
6.2	4	3	5	5	5	5	5	5	3	5	4,50	5,00	5,00	90,00
6.3	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
6.4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4,80	5,00	5,00	96,00
6.5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,90	5,00	5,00	98,00
6.6	5	3	5	3	5	5	4	5	5	5	4,50	5,00	5,00	90,00
6.7	2	3	5	5	5	NR	4	4	2	1	3,44	4,00	5,00	68,89
7	Avaliação da Satisfação e dos Resultados													
7.1	3	2	5	5	5	3	4	5	3	5	4,00	4,50	5,00	80,00
7.2	4	3	5	5	5	3	4	4	3	5	4,10	4,00	5,00	82,00
7.3	3	2	5	5	5	3	4	5	3	5	4,00	4,50	5,00	80,00

Dados Estatísticos - 2ª Ronda Técnica de Delphi													
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 10	Média	Mediana	Moda	%
A	Dados Identificativos												
1	5	5	5	5	5	NR	5	NR	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2	5	5	5	4	5	NR	5	5	5	4,88	5,00	5,00	97,50
3	5	5	5	5	5	NR	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
B	Organização e Funcionamento da Equipa												
1	Organização e Gestão												
1.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.2	5	5	5	5	5	NR	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.3	5	5	5	5	5	NR	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.6	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4,78	5,00	5,00	95,56
1.7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2	Gestão de Parcerias												
2.1	5	4	5	5	5	3	5	4	5	4,56	5,00	5,00	91,11
2.2	5	4	5	5	5	3	5	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
2.3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,78	5,00	5,00	95,56
3	Garantia da Qualidade												
3.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
3.2	NR	5	5	5	5	5	4	5	5	4,88	5,00	5,00	97,50
3.3	NR	5	5	5	5	5	4	5	5	4,88	5,00	5,00	97,50
3.4	NR	5	5	5	5	5	4	5	5	4,88	5,00	5,00	97,50
4	Recursos Humanos												
4.1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,89	5,00	5,00	97,78
4.2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
4.3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
5	Instalações, Equipamentos e Dispositivos												
5.1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
5.2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
5.3	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
6	Controlo de Infecção e Gestão de Resíduos												
6.1	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4,67	5,00	5,00	93,33
6.2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
6.3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
6.4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4,78	5,00	5,00	95,56
6.5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
6.6	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
7	Registos de Acidentes, Incidentes ou Acontecimentos												
7.1	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
7.2	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33

8	Formação em Contexto de Trabalho												
8.1	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
8.2	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
8.3	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
8.4	5	5	5	5	5	3	4	5	5	4,67	5,00	5,00	93,33
C	Prestação de Cuidados de Saúde e Reabilitação												
1	Acesso e Continuidade de Cuidados e Serviços												
1.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
1.3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
1.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.6	5	5	2	5	5	1	5	3	5	4,00	5,00	5,00	80,00
1.7	5	5	NR	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
1.9	5	5	5	NR	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2	Informação e Comunicação com o Utente												
2.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2.2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2.3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2.4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
2.5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
2.6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
3	Direitos do Utente e Promoção da Autonomia												
3.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
3.2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
3.3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
3.4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4	Cuidados e Serviços ao Utente												
4.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4.2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4.3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4.4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
4.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4.6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
4.7	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,89	5,00	5,00	97,78
4.8	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4,78	5,00	5,00	95,56
4.9	3	5	2	5	3	3	3	4	5	3,67	3,00	3,00	73,33
5	Gestão do Processo de Cuidados e Informação												
5.1	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
5.2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
5.3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,89	5,00	5,00	97,78
5.4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4,78	5,00	5,00	95,56
5.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00

6	Cuidados Paliativos												
6.1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
6.2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4,78	5,00	5,00	95,56
6.3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
6.4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
6.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
6.6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
6.7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00	5,00	5,00	100,00
7	Avaliação da Satisfação e dos Resultados												
7.1	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,78	5,00	5,00	95,56
7.2	5	5	5	5	5	3	5	4	5	4,67	5,00	5,00	93,33
7.3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4,78	5,00	5,00	95,56