



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**INDICADORES DE QUALIDADE PARA OS CUIDADOS DE
SAÚDE PRESTADOS PELAS EQUIPAS DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI): UMA SCOPING REVIEW**

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Trabalho de Campo

Sara Rita Remédio de Cruz Marques

Outubro, 2022



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**INDICADORES DE QUALIDADE PARA OS CUIDADOS DE
SAÚDE PRESTADOS PELAS EQUIPAS DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI): UMA SCOPING REVIEW**

Orientador: Professor Doutor Paulo Boto

Outubro, 2022

“I often say that when you can measure what you are speaking about, and express it in numbers, you know something about it; but when you cannot measure it, when you cannot express it in numbers, your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind.”

Lord Kelvin

Agradecimentos

Aos Professores Orientadores, pela disponibilidade e apoio ao longo do desenrolar deste trabalho.

À minha família, pelo seu apoio incondicional!

Resumo

O envelhecimento populacional e o aumento da carga de doenças crónicas impõem pressões acrescidas sobre os sistemas de saúde, exigindo respostas mais integradas, eficientes e centradas no utente. Neste contexto, os cuidados domiciliários prestados por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) representam uma estratégia fundamental. Esta dissertação teve como objetivos: i) identificar as subáreas da qualidade organizacional com maior investimento institucional; ii) mapear os principais indicadores utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade organizacional das ECCI; iii) sintetizar as lacunas identificadas na literatura e propor linhas de investigação futuras. A metodologia adotada foi uma *scoping review*, conduzida em quatro fases, recorrendo às bases PubMed, Scopus e Web of Science. Dos 2.483 artigos inicialmente identificados, 15 cumpriram os critérios de inclusão. A análise foi enquadrada pela tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultados), permitindo identificar uma predominância de indicadores orientados para *outcomes* e processos, com particular foco na centralidade no cidadão e na melhoria contínua da qualidade. A comparação com a realidade portuguesa evidenciou divergências conceptuais, nomeadamente entre os conceitos de *patient-centredness* e "centralidade no cidadão", bem como diferenças nos instrumentos de avaliação utilizados, destacando-se o uso sistemático do Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC) a nível internacional. Conclui-se que o reforço da qualidade organizacional das ECCI requer a definição clara do seu enquadramento institucional, a adoção de indicadores comparáveis e a implementação de sistemas de monitorização baseados em evidência científica.

Palavras-chave

ECCI, cuidados de saúde no domicílio prestados pelas equipas dos cuidados de saúde primários, indicadores de qualidade;

Abstract

Population ageing and the increasing burden of chronic diseases are placing growing pressure on health systems, requiring integrated, efficient, and person-centred care models. In this context, home care provided by Integrated Continuous Care Teams (ECCI) emerges as a key strategy. This scoping review aimed to: (i) identify which subareas of organizational quality receive the greatest institutional investment in the context of home-based care; (ii) map the most frequently used international indicators to assess the organizational quality of teams providing integrated healthcare to users with social support networks who are unable to travel independently to health units but do not require hospitalization; and (iii) identify research gaps and recommendations for future studies in this field. A four-phase search strategy was applied using PubMed, Scopus, and Web of Science. Of the 2,483 articles initially retrieved, 15 met the inclusion criteria. The analysis was based on Donabedian's model (structure, process, and outcomes), revealing a predominance of outcome and process indicators, with a particular emphasis on citizen-centred care and continuous quality improvement. A comparison with the Portuguese context showed conceptual divergences, particularly between the notions of "patient centredness" and "citizen centredness," as well as different measurement tools, with the Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC) widely adopted internationally. It is concluded that strengthening the organizational quality of ECCI requires a clear institutional framework, the adoption of robust and comparable indicators, and the implementation of evidence-based monitoring systems to support strategic planning and improved health outcomes.

Keywords:

Home care; Integrated Continuous Care Teams; Quality indicators; Organizational quality; Scoping Review.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Listas de Tabelas | 8 |
| Listas de figuras | 9 |
| Listas de abreviaturas | 10 |
| Capítulo 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Conceptualização dos cuidados continuados integrados no domicílio - perspetiva nacional..... | 16 |
| 1.2 Conceptualização dos cuidados continuados integrados no domicílio - perspetiva internacional | 20 |
| Capítulo 2. A QUALIDADE EM SAUDE | 33 |
| 2.1 Avaliação da qualidade em saúde e indicadores utilizados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados em Portugal | 39 |
| 2.2 Avaliação da qualidade em saúde e indicadores utilizados nos cuidados prestados no domicílio- perspetiva internacional | 45 |
| Capítulo 3. METODOLOGIA | 49 |
| 3.1. Scoping Review de Literatura | 50 |
| 3.2. Principais etapas da Scoping Review de Literatura sobre a avaliação da qualidade em ECCI..... | 54 |
| 3.2.1. Objetivo Geral e Questões de Investigação | 54 |
| 3.2.2. Descritores e palavras-chave..... | 55 |
| 3.2.3. Fontes de informação | 55 |
| 3.2.4. Critérios de Inclusão | 55 |
| 3.2.5. Critérios de Exclusão | 56 |
| 3.2.6. Seleção dos artigos | 56 |
| Capítulo 4. RESULTADOS | 59 |
| Capítulo 5. CONCLUSÃO | 70 |
| 5.1. Limitações da Investigação | 72 |
| 5.2. Sugestões de Investigação | 73 |
| Capítulo 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 74 |
| Apêndice 1 - Bibliografia dos artigos utilizados na revisão da literatura | 79 |

Listas de Tabelas

| | |
|--|---------|
| Tabela1: Quality dimensions in ten selected definitions of quality 1980 2018..... | pág. 37 |
| Tabela 2: Matriz multidimensional- contratualização UCC /ECCI e indicadores. | pág. 43 |
| Tabela 3: Comparação entre a metodologia de Donabedian e as Dimensões da qualidade..... | pág. 46 |
| Tabela 4: Extração de Dados | pág. 59 |
| Tabela 5: Distribuição geográfica e por ano da produção científica | pág. 60 |
| Tabela 6: Avaliação da qualidade segundo a Tríade de Donabedian | pág. 62 |
| Tabela 7: Distribuição da qualidade organizacional pelas subáreas | pág. 64 |
| Tabela 8: Comparação entre Portugal e os Instrumentos utilizados Internacionalmente | pág. 68 |

Listas de figuras

Figura 1: Diagrama de fluxo PRISMA 2020 para scoping reviews..... pág. 58

Listas de abreviaturas

ADLs-Activities of Daily Living

CCAA-Comunidades Autónomas

CE-Comunidade europeia

CS-Centro de Saúde

CSP-Cuidados de saúde primários

ECCE-Equipas de cuidados continuados integrados

ECSCP-Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos

EUA-Estados Unidos da América

HBPC-Home Based Primary Care

LTC-Long-Term Care

NICE-National institute for Health and Care Excellence

NHS-National Health System

OCDE-Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS-Organização Mundial de Saúde

ONU-Organização das Nações Unidas

OPSS-Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RNCCI-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SDI-Seguro Social de Dependência

SDM-Sistema de Monitorização

SES-Sistema Espanhol de Saúde

SIARS-Sistema de Informação da ARS

SIM-Sistema de Informação Médica

SNS-Serviço Nacional de Saúde

TNF-Tabela Nacional de funcionalidade

UCC-Unidade Cuidados da Comunidade

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF-Unidade Funcional

USF-Unidade de Saúde Familiar

USP-Unidade Saúde Pública

URAP-Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

WHO-World Health Organization

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade da sociedade atual sendo, em grande medida o desfecho do empreendimento realizado mundialmente após a II Guerra mundial. As várias organizações internacionais existentes, foram responsáveis por um investimento ativo em condutas que resultaram na melhoria de vários indicadores de saúde, entre os quais a esperança média de vida.

Assim sendo, este padrão demográfico, é o responsável por alterações profundas nos perfis de mortalidade e de morbilidade dos estados e acarreta, em consequência disso, grandes implicações para os sistemas de saúde e de ação social. Desta forma, esta nova realidade populacional, traduz-se na existência de um número cada vez maior de pessoas com várias doenças crónicas incapacitantes e com níveis elevados de dependência no autocuidado. Estas duas condições, por sua vez coexistem com o acesso a novas práticas, procedimentos e tecnologias, e têm vindo a evidenciar um pouco por todo o mundo as insuficiências dos sistemas.

Face ao exposto, na atualidade a criação de soluções é um desafio major.

O aumento do nível de dependência populacional, implica naturalmente, um aumento dos custos em saúde e uma reestruturação nos modelos de prestação de cuidados.

“Entre 1986 e 2000, a esperança média de vida aumentou quase dois anos, tendo os medicamentos inovadores um peso de 40% neste aumento da longevidade. Este peso relativo aumenta ainda mais se analisado o período entre 2000 e 2009, estimando-se que cerca de 73% do aumento da esperança média de vida nos países mais desenvolvidos se tenha ficado a dever ao acesso e utilização de medicamentos inovadores.” (Alves et al., 2016)

A mudança estrutural na característica dos utilizadores dos serviços de saúde é uma variável constante. Deparamo-nos com pessoas cada vez mais idosas e mais dependentes, que necessitam de uma multiplicidade de técnicos. Por outro lado, os utilizadores dos serviços são portadores de doenças crónicas, que podem ser evitáveis através da atuação adequada sobre os determinantes em saúde, pelo que é cada vez maior a necessidade de técnicos para intervir na prevenção. E temos, também as situações de agudos, que á luz dos novos conhecimentos, tornou imperiosa e evidente que a atuação de uma forma mais rápida e precisa é a chave do sucesso. A crescer a estes fatores, temos também um alargamento do tempo de trabalho e uma mudança nas estruturas familiares e respetiva dinâmica, na medida em que existe uma menor disponibilidade, por parte das famílias para assumir o papel de “*cuidador principal*”. Esta alteração das dinâmicas familiares e o aumento da

esperança média de vida, colocou igualmente a descoberto uma nova realidade, isto é, a existência de muitos idosos sem família. Estamos, deste modo, perante os novos utilizadores dos serviços de saúde.

Apesar de toda a alteração na dinâmica da saúde, o objetivo de todos os stakeholders, sejam estes: líderes, prestadores e, em última instância, utentes, mantém-se, que é o de tornar o Serviço Nacional de Saúde, mais sustentável e mais eficiente.

Atenta às implicações além-fronteiras que todas estas alterações têm nos sistemas de saúde do mundo, várias organizações publicaram várias orientações procurando fazer face a estes problemas. A WHO, em 1984, a OCDE e Comissão Europeia em 2008, reforçaram o investimento nos Cuidados de Saúde Primários e a ONU no seu relatório "*Key policy issues in long-term care*" (Brodsky, Habib e Hirschfeld, 2003), referem que estes padrões resultaram num "aumento acentuado da necessidade de cuidados a longo prazo (LTC)", pelo que têm de ser tomadas medidas concertadas no sentido de dar resposta a esta solicitação.

Mas , tal só é possível , se existir uma inovação nos modelos de prestação de cuidados, "*Um modelo de cuidados de saúde baseado em resultados privilegia a adoção de inovação e a obtenção de ganhos em saúde, criando um círculo virtuoso de valor e de sustentabilidade para o sistema*".(Alves et al., 2016)

Como temos vindo a referir, estas predisposições refletem dois processos interdependentes. O primeiro, como já foi amplamente esclarecido, é o crescimento das condições que aumentam a prevalência de incapacidade a longo prazo na população. O segundo, por sua vez, será a mudança na capacidade dos sistemas de prestar apoio formal por forma a responder a estas necessidades. Ambas as condições reforçaram e continuam a reforçar a necessidade de políticas aptas a enfrentar as consequências destas mudanças.

Face ao exposto, verificamos que a preocupação dos serviços de saúde, não está apenas centrada nos cuidados imediatos e nos cuidados de prevenção, mas também nos cuidados de longa duração.

Esta tipologia de cuidados, é alusiva à prestação de serviços de saúde a pessoas de todas as idades que têm uma dependência funcional a longo prazo nas suas atividades básicas de vida. A mesma apresenta duas características que a tornam diferente de todas as outras, são por um lado, muito longas e sem previsão de término e, por outro lado são prestadas de forma conjunta por vários tipos de prestadores, cuja importância e a intensidade interventiva vai variando ao longo do tempo.

Decorrente disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou em 2003 um empreendimento global, envolvendo o JDC-Brookdale Institute. Esta, foi a líder deste esforço internacional na procura de políticas de Long-Term Care (LTC) ou Cuidados de Longa Duração, eficazes, coordenados e rentáveis.

Assente nesses pilares orientadores, muitas nações resolveram transferir o local de prestação de cuidados de saúde de longo prazo dos hospitais ou instalações similares para ambientes domiciliários e comunitários, com a *"expectativa de poupança de custos, ou no mínimo, de que tal substituição possa conduzir a uma utilização mais eficiente dos lares e camas hospitalares"* (Laporte et al.,2007).

Posto isto, em 2007 a WHO delineou a “Estratégia Global e o Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde”, (World Health Organization, 2017), onde se robustece a relevância da prestação de cuidados domiciliários e comunitários no *“envelhecimento com dignidade”*. Assim sendo, os cuidados domiciliários são a solução e uma prioridade nacional na maioria dos países desenvolvidos.

Portugal, apresentou também a sua solução e em 2006 criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), (Ministério da Saúde, 2006).

Esta rede de cuidados integra várias tipologias de cuidados, que pretendem ir de encontro às necessidades dos seus utentes. Cuidados estes que podem ser de reabilitação, paliativos e de reintegração social, e estão organizados em estruturas de internamento ou em serviços prestados na comunidade.

Os cuidados continuados em contexto domiciliário, prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados, previstas na RNCC, surgiram como uma mais-valia para as respostas às novas necessidades em cuidados continuados para os cidadãos que estejam em condições de permanecerem no seu domicílio, junto das suas famílias.

O aparecimento e a evolução dos cuidados no domicílio são consequência do processo evolutivo da consciência política, mas surgem também como uma estratégia para a contenção da despesa e para incremento do envolvimento social e do bem-estar do indivíduo e da sociedade, (Shepperd, et al., 2009)

No âmbito deste trabalho focar-nos-emos nas Equipas de cuidados continuados integrados, (ECCI).

Estas equipas surgiram para apresentar uma resposta diferente, da solução já dispensada pelos tradicionais centros de saúde ou pelas equipas de saúde familiar. Tendo esta premissa em mente, estas equipas *“procuram providenciar cuidados de sociais e de saúde, tendencialmente gratuitos, de âmbito domiciliário, abrangentes e continuados a pessoas que sofreram um evento gerador de dependência no autocuidado”*. (Decreto-Lei no 101/2006)

Apesar da RNCCI já contar com cerca de 15 anos de existência, este trabalho está longe de estar terminado. Em junho de 2021 o “Observatório Português dos Sistemas de Saúde” (OPSS), referia que os serviços de saúde prestados devem revelar *“uma maior proximidade e máxima qualidade; reforçando o princípio e as práticas do “cuidar em casa” , em especial para as pessoas mais frágeis, mais vulneráveis, com disponibilização dos cuidados adequados, permanecendo no seu “universo” pessoal ”* (Sakellarides et al., 2021). Considerou-se essencial desenhar para a organização um novo plano de investimento, que foi aprovado recentemente pela comissão europeia e ao qual lhe foram afetos 205 milhões de euros. (Ministério do Planeamento, 2021)

Estamos, então, perante alguns factos que foram muito importantes para a escolha do tema deste trabalho. Ante uma população com as características já explanadas, uma rede de cuidadores com muitas deficiências, a existência de orientações dos organismos internacionais para um maior investimento nos cuidados prestados no domicílio, um investimento nacional e internacional substancial nessa área, verificámos como é importante perceber como melhorar os resultados obtidos.

Perante um tão elevado investimento, afigura-se mais do que oportuno e pertinente, através da investigação científica, o contributo para aumentar a eficácia e a eficiência dos serviços prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados.

De acordo com Michael Porter (Porter,2010), a reforma de um sistema de prestação de cuidados de saúde pressupõe um maior foco em resultados e como tal deverá incidir, entre outras áreas, nos mecanismos de financiamento do sistema, direcionando-os para a melhoria do valor aportado para o utente, garantindo a consonância de todos os intervenientes do sistema neste objetivo. Mas, para que exista uma avaliação correta de todo o processo, é necessário uma avaliação diagnóstica correta e isso só é possível com informação adequada.

Assim sendo, não é somente o local onde são prestados os cuidados que é relevante, deter informações sobre a sua qualidade é essencial para que exista um correto planeamento das políticas de saúde. A qualidade nos cuidados de saúde, está atualmente no topo da agenda dos decisores políticos não só a nível nacional, como também europeu através da CE e nas agendas internacionais nos organismos como a OCDE, a WHO e o Banco Mundial

Se a qualidade é que é relevante, os cuidados domiciliários prestados devem ser sustentados através de um verdadeiro planeamento estratégico, com indicadores capazes de serem medidos e ajustados às necessidades da população e que traduzam a verdadeira performance destas unidades. Para além do mais, os dados obtidos devem contribuir para o ajustamento dinâmico dos cuidados prestados às

necessidades das populações pois, para alterar um determinado resultado de qualidade dos cuidados de um sistema, devemos primeiro compreender as causas que contribuem para o seu resultado.

Qualidade e Saúde Pública são dois fatores que andam de “braço dado” e por isso são um desafio para as políticas de saúde (Berchiolla et al., 2014; Donaldson, 2004; Pronovost et al., 2017). Os problemas de qualidade dos cuidados têm impacto não só na saúde dos doentes como no desempenho dos prestadores e, num sentido mais lato, na própria sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde.

Desta forma, se não tivermos instrumentos que sejam capazes de monitorizar o desempenho destas unidades, do ponto de vista da qualidade dos seus serviços, do valor em saúde obtido pelo utente, acreditamos que correremos o risco de contribuirmos para a ineficácia e ineficiência do SNS.

A crescente preocupação com a qualidade e os custos dos cuidados prestados às populações a par da implementação do paradigma de criação de valor dos cuidados de saúde (Porter,2010) tem vindo a contribuir progressivamente para a desenvolvimento da investigação nesta área.

“Estudos que abordam a questão da Saúde Pública em geral e da qualidade dos cuidados de saúde em particular, podem contribuir para uma melhoria na qualidade e eficiência da gestão das entidades e dos profissionais responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde”.(Costa, 2014)

Não obstante estes factos, a verdadeira dimensão da qualidade dos cuidados prestados na ECCI, o seu impacto no valor acrescentado aos utentes, bem como os seus resultados encontram-se pouco estudados no contexto português, não existindo, ainda, um programa integrado de acompanhamento e monitorização da qualidade dos cuidados prestados às populações por estas instituições. Ao nível internacional devido à multiplicidade de padrões organizacionais de prestação de cuidados nesta tipologia, pouco se sabe sobre o que se mede e como se mede, e se existem quaisquer padrões distintivos para essa variação, e o que poderia explicar tal variação e como podemos estabelecer padrões de comparação.

Numa perspetiva de contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o objeto de interesse deste estudo, relaciona-se com o conhecimento da metodologia utilizada para a avaliação da qualidade organizacional nas equipas que prestam cuidados de saúde integrados aos utentes que possuam rede de suporte social e não se possam deslocar de forma autónoma às unidades de saúde, mas cuja situação clínica não requer internamento.

Devido à escassez de informação sistematizada sobre esta temática, torna-se consideravelmente necessário, e imperativo aprofundar o conhecimento sobre esta

temática. Na medida do que seja exequível, deve-se ainda fazer uma comparação pormenorizada dos indicadores utilizados em contexto internacional, face os aplicados no nosso país. Como em Portugal esta Sub área designa-se por “Qualidade Organizacional “, será esta a terminologia utilizada. Este estudo também pretende realizar um mapeamento, que revele qual é a dominância das três subáreas existentes na operacionalização da qualidade organizacional. ou seja, se o investimento institucional tem sido mais relevante na Melhoria Contínua da Qualidade, na Segurança, ou na Centralidade no Cidadão. Por último, é importante também saber que linhas de investigação são apontadas para o futuro.

1.1 Conceptualização dos cuidados continuados integrados no domicílio - perspetiva nacional

Na reforma dos cuidados de saúde primários, a temática dos cuidados prestados no domicílio, foi um dos temas centrais da discussão, face ao enorme impacto económico e estrutural nas organizações de saúde. Neste âmbito, a posição do Governo (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Segurança Social), passa pela defesa de que as respostas previstas pela RNCCI deveriam “*assegurar uma natureza preventiva e reabilitadora e no apoio das pessoas em situação de dependência*”. Esta inovadora orientação política, englobava duas perspetivas ministeriais e defendia que as estruturas da RNCCI existiam para fazer face aos seguintes objetivos:

- *“Melhorar a qualidade de vida e promover a reinserção social e comunitária, bem como o desenvolvimento de processos de valorização pessoal;*
- *Favorecer e privilegiar a permanência no domicílio e no meio familiar e social;*
- *Colaborar com as famílias, reforçando as suas capacidades e competências, concedendo-lhes o apoio necessário e o acesso a ajudas técnicas adequadas;*
- *Criar e promover condições propiciadoras de autonomia e bem-estar, estimulando a participação dos próprios na resolução dos seus problemas;”(Filipe, 2015)*

Assim sendo, a orientação progressista introduzida pelo Despacho Conjunto n.º 407/98 (Ministérios da Saúde e Segurança Social), foi a de que as respostas dos cuidados integrados¹ seriam o “*resultado da intervenção articulada entre o apoio social*

¹ O 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, através da sua reabilitação readaptação e reinserção familiar e social” (Fonte: Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho:3857)

e os cuidados de saúde para pessoas em situação de dependência, com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.”

A Rede, criada em 2009, assenta numa lógica de cooperação entre entidades públicas, privadas e do setor social, com o objetivo de assegurar a prestação articulada de cuidados continuados integrados. A sua estrutura compreende diversas tipologias de unidades, nomeadamente centros de convalescença, centros de reabilitação a médio prazo, centros de longa duração e de manutenção, unidades de cuidados paliativos, bem como equipas de cuidados domiciliários, garantindo uma resposta abrangente e adaptada às necessidades dos utentes ao longo do continuum de cuidados.

No âmbito da reorganização dos cuidados de saúde, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) foram integradas na rede de cuidados de saúde primários, passando a funcionar no seio das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), conforme estipulado no Decreto-Lei n.º 28/2008. Nos termos do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, as ECCI são definidas como "equipas multidisciplinares que, após uma avaliação integral, prestam cuidados de saúde — médicos, de enfermagem e de reabilitação — e apoio social. Estes cuidados são contínuos e integrados, dirigidos a utentes com rede de suporte social, cuja condição clínica não justifica internamento hospitalar, mas que, simultaneamente, não conseguem deslocar-se autonomamente às unidades de saúde."

Uma das principais inovações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 foi a consagração dos conceitos de dependência e funcionalidade, que passaram a constituir pilares fundamentais na organização, prestação e avaliação dos cuidados continuados integrados. Estes conceitos foram definidos e operacionalizados no próprio diploma, influenciando tanto os critérios de elegibilidade dos utentes como os indicadores de qualidade dos serviços prestados. Assim, o conceito de *dependência* é descrito como a condição em que, perante determinada situação, a pessoa "não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária". Já *funcionalidade* refere-se à capacidade do indivíduo para "efetuar tarefas de subsistência e para se relacionar com o meio envolvente".

Assente nesta premissa, é aplicada desde 2019, a Tabela Nacional de funcionalidade (TNF), pelos profissionais de saúde a todos os utentes que integram as ECCI. Este documento, "*permite reunir e sistematizar informação de saúde, sendo assim passível de quantificar o grau de funcionalidade e medir os ganhos de saúde*

obtidos após intervenção terapêutica (reabilitação, social e de saúde)”.(DGS, 2019).O internamento em ECCI é gratuito para os utentes.²

A escala de funcionamento das equipas ocorre ao longo dos sete dias da semana e no horário de funcionamento da Unidade de Saúde, deve ainda fornecer as respostas definidas pelo diploma que criou a RNCCI, designadamente:

- *“cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo os cuidados domiciliários serem programados, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;*
- *cuidados de reabilitação, normalmente assegurados por enfermeiros de reabilitação ou fisioterapeutas;*
- *apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;*
- *educação para a saúde aos clientes, 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 produção de indicadores de avaliação”*.(Filipe, 2015)

Com a organização dos serviços prestados pelos CSP, houve, contudo, a necessidade de operacionalizar não só a metodologia da prestação de cuidados, como os circuitos de referenciação, os critérios, entre outros temas.

Conforme já foi referido, a atividade domiciliária desta equipa abraça, os princípios designados para as atividades da Rede e firma-se, em estreita articulação com as outras equipas de prestadores.

O seu desempenho, tem duas vertentes importantes, a pessoa em situação de dependência e os seus cuidadores/família. Assim sendo a equipa, presta cuidados no domicílio à pessoa em situação de dependência, independentemente da causa e da idade, desde que esta se encontre numa das seguintes condições:

- *“Pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das AVD’s e que não estejam abrangidas pelas USF ou outra unidade funcional do CS (por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade*

² <https://www.ulsam.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/ecci-equipa-de-cuidados-continuados-integrados-4/>, consultado a 07/05/2022.

(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;*

E presta também cuidados (cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro) aos familiares/cuidadores.

Esta equipa assegurará ainda cuidados paliativos e/ou de reabilitação no domicílio, em carteira adicional de serviços, aos doentes que deles necessitem e que residam (temporária ou permanentemente) na área de influência do CS, contando, para tal, com o apoio da ECSCP". (Ministério da Saúde, 2007):

Devido à sua natureza integradora e multidisciplinar, constitui critério específico para admissão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) a existência de um contexto sociofamiliar de suporte, bem como uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade clínica permitam ou favoreçam a prestação de cuidados no domicílio.

A título ilustrativo, os critérios que diferenciam as ECCI das Unidades de Saúde Familiar (USF) evidenciam-se na exclusão, por parte destas últimas, da prestação de determinados cuidados da sua carteira básica de serviços. Assim, importa considerar as seguintes situações, conforme previsto no documento orientador do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2007):

- *“Frequência da prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia;*
- *Prestação de cuidados domiciliários que exceda 1h e 30 minutos por dia e pelo menos três dias por semana;*
- *Necessidades de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8 h e as 20 h;*
- *Necessidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por ex. Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, etc. “*

Esta operacionalização dos cuidados entre as diferentes equipas implica ainda que quando a situação de saúde da pessoa dependente/família permita a “alta” da ECCI, a equipa de saúde familiar da USF assumam a prestação de cuidados de saúde que à altura se identifiquem como os necessários. Desta forma estaremos a apostar

numa planificação de cuidados assente num plano de cuidados individual, que pressupõem uma elevada coordenação entre os vários níveis de cuidados.

Estes cuidados, são descentralizados e assumem três níveis de coordenação: nacional (implementação, gestão e monitorização); regional (cinco equipas de coordenação regional centradas na identificação e implementação de atividades regionais); local (equipas de coordenação local em estreita relação com cuidados primários). Como podemos observar, os três níveis de coordenação assumem como máxima a integração e a centralização de cuidados.

1.2 Conceptualização dos cuidados continuados integrados no domicílio - perspetiva internacional

Esta é uma área relativamente recente no seu desenvolvimento enquanto domínio autónomo de política pública. A nível internacional, constata-se que o consenso existente se limita, essencialmente, ao reconhecimento do papel destes cuidados como nível intermédio entre o hospital e a comunidade, bem como à adoção dos conceitos estruturantes de dependência e funcionalidade. Nesse sentido, os serviços prestados visam facilitar a transição dos utentes do hospital para o domicílio, promovendo a sua permanência neste contexto o maior tempo possível, e apoiando, sempre que viável, a recuperação da independência funcional.

No entanto, este consenso esbate-se quando se analisam aspetos mais específicos, como:

- A tipologia dos cuidados, apoios e respostas disponibilizadas;
- Os modelos organizacionais adotados;
- A sustentabilidade financeira e operacional dos sistemas;
- Os critérios e condições de acesso dos utentes.

Por conseguinte, deparamo-nos com situações bastante díspares, especialmente respeitantes ao papel da família, dos cuidadores informais, da comunidade, do poder local e do Estado. Como consequência, o resultado acaba por ser uma diferente conceção dos cuidados, com diferenças significativas no peso e nos contributos de cada interveniente, e, reflexamente modelos muito diferentes de avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Como já referimos para Portugal, com o Decreto-Lei nº101/2006-Artigo 27º (*Decreto-Lei nº 101/2006*), cuidados que se consubstanciam em respostas sociais e de saúde, são cuidados continuados integrados (CCI), isto é, *,"cuidados de saúde integrados e contínuos para utentes que possuam rede de suporte social e que não*

possam deslocar-se de forma autónoma às unidades de saúde, mas cuja situação clínica não requer internamento”.

Mas, no domínio internacional, organizações como: Organização Mundial de Saúde (OMS), Comissão Europeia e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), classificam estes cuidados como Long-Term Care (LTC) ou Cuidados de Longa Duração.

In obstante a existência de universalidade na nomenclatura, existem diferenças na operacionalização dos conceitos:” dependência “e “funcionalidade “, assim como no alvo dos cuidados. Assim sendo, o Comité de Proteção Social da União Europeia, define Cuidados Continuados como “*um conjunto de serviços e apoios para pessoas que estão dependentes da ajuda de terceiros para levarem a cabo a sua vida diária durante um período de tempo alargado*” (European Commission, 2008). A definição da OCDE, é um pouco mais precisa na delimitação do conceito de “vida diária” e estas são classificadas como as “Activities of Daily Living” (ADLs), (Colombo,2011). A OMS utiliza um conceito mais alargado que remete para” *os cuidados e apoios de terceiros que permitam a satisfação dos direitos básicos, liberdades e manutenção da dignidade humana*”. (Ikegami, et al., 2012).

Podemos assim concluir que as razões para cuidados a longo prazo (LTC)são: a deficiência, condição crónica, trauma ou outras doenças, que limitam capacidade de realizar as tarefas básicas e diárias de autocuidado. Os cuidados de longa duração referem-se à prestação de serviços a pessoas de todas as idades que têm uma dependência funcional a longo prazo. O LTC é um conjunto de serviços para as pessoas que são dependentes de ajuda nas atividades básicas da vida diária (ADLs).

LTC domiciliário, é fornecido a pessoas com restrições funcionais que residem em casa própria. Mas, aplica-se também à utilização temporária de instituições para apoiar a continuidade da vida em casa, como será o caso de cuidados de reabilitação. Este serviço, inclui também arranjos de vida especialmente concebidos, assistidos ou adaptados para pessoas que precisam de ajuda regularmente, garantindo um alto grau de autonomia e autocontrolo.(European Commission, 2003)

O envelhecimento da nossa população representa como já foi amplamente explanado, uma mudança demográfica muito significativa e acarreta importantes desafios e consequências económicas, sociais e de saúde para as instituições e as suas famílias.

Tendo em conta a elevada prevalência de morbilidade e incapacidade entre os idosos, estes são os mais importantes consumidores de serviços de saúde e de assistência social sendo, em virtude disso, associados aos aumentos exponenciais dos custos em saúde.

Inicialmente, como consequência desta realidade, as políticas de cuidados de longo prazo foram formuladas como uma resposta a esta realidade social. Os cuidados a longo prazo são um sistema relativamente fechado de cuidados de saúde e de serviços de assistência social. Todos os países desenvolvidos enfrentam problemas semelhantes quando se trata da integração de cuidados a longo prazo. Nestes países, os atuais cuidados a longo prazo concentram-se em todos os grupos etários que necessitam de assistência e apoio de outros devido às limitações causadas pelo seu estado de saúde.

Esta componente central de cuidados pessoais é frequentemente fornecida em combinação com ajuda com serviços médicos básicos, tais como ajuda com tratamento de feridas, tratamento da dor, medicação, saúde monitorização, prevenção, reabilitação ou cuidados paliativos de saúde e ainda de assistência social. Estes cuidados podem ser prestados no domicílio ou a nível institucional.

Apesar das especificidades nacionais, existe um denominador comum nos países desenvolvidos no que se refere à gestão dos cuidados continuados e de longo prazo (LTC): fragilidades na coordenação entre serviços, descontinuidades na prestação de cuidados, resultados insuficientes em termos de saúde e bem-estar, bem como desafios significativos na gestão orçamental. Alguns países, como a Dinamarca, a Alemanha, os Países Baixos e a Suécia, já implementaram ou encontram-se em fase de desenvolvimento de modelos mais integrados de cuidados de longo prazo. As experiências e bons resultados alcançados por estes países encontram-se descritos no relatório da Organização Mundial da Saúde (Brodsky, Habib & Hirschfeld, 2003).

Apesar da multiplicidade de conceitos existentes na literatura internacional sobre cuidados domiciliários, destacam-se dois modelos recorrentes que serão centrais na presente análise: o *Home-Based Primary Care* (HBPC) e o *Medicare Home Health Care*.

Apesar de muitas vezes confundidos, estes dois modelos diferem substancialmente em objetivos, duração, critérios de elegibilidade e abordagem assistencial. O *Medicare Home Health Care* refere-se, sobretudo, a cuidados de carácter episódico, prestados maioritariamente após alta hospitalar, com duração limitada (habitualmente até dois meses), e assentes na presença de uma “necessidade qualificada” para cuidados especializados por profissionais licenciados (como enfermeiros, fisioterapeutas ou terapeutas da fala). Este modelo tem um foco terapêutico e reabilitador de curto prazo, sendo aplicado em situações agudas e com potencial de reversibilidade.

Por outro lado, o *Home-Based Primary Care* constitui uma resposta de cuidados primários de carácter longitudinal, dirigida a pessoas com doenças crónicas

complexas, elevada dependência funcional e múltiplas necessidades clínicas, sociais e comportamentais. Este modelo visa uma continuidade de cuidados ao longo do tempo: meses ou anos, integrando serviços de reabilitação, cuidados paliativos, gestão da doença e coordenação interprofissional. É particularmente indicado para pessoas em fase avançada de doença crónica ou em situações em que o acompanhamento em ambiente institucional não se revela eficaz ou adequado, como ilustrado no modelo *VA HBPC* implementado nos Estados Unidos para veteranos.

No contexto do sistema de saúde português, e para efeitos da presente investigação, propõe-se uma aproximação conceptual com base nas funções desempenhadas:

- Os cuidados prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) apresentam forte analogia com o modelo *Home-Based Primary Care*, dado o seu carácter longitudinal, interdisciplinar e centrado em utentes com elevado grau de dependência;
- Já os cuidados prestados pelas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), quando ativados no domicílio em resposta a episódios clínicos específicos, assemelham-se mais ao modelo de *Medicare Home Health Care*, pela sua natureza episódica, temporária e reativa.

Assim, esta correspondência funcional será assumida como referência conceptual no presente trabalho.

A Dinamarca foi um dos primeiros países industrializados a adotar uma política pública sistematizada de cuidados comunitários (Ležovič et al., 2008), sustentada por um investimento significativo tanto por parte do Estado como dos próprios cidadãos. Esta política assenta em três pilares fundamentais: a promoção do autocuidado, a desinstitucionalização e a prioridade aos cuidados domiciliários.

O país dispõe de um dos sistemas mais progressistas de cuidados para a população idosa, com um modelo de financiamento predominantemente público, cerca de 85% dos custos dos cuidados de saúde são suportados por impostos garantindo o acesso universal e gratuito aos serviços. A organização do sistema de saúde é da responsabilidade das 16 províncias, enquanto os 275 municípios asseguram a gestão dos serviços sociais, incluindo cuidados de longa duração e habitação assistida não apenas para pessoas idosas, mas também para outras populações vulneráveis.

Um marco importante na política habitacional dinamarquesa foi a promulgação, em 1998, da legislação que proibiu a construção de novos lares de idosos. Desde então, a prioridade passou para modelos de "alojamento especial", de cariz individual, integrados na comunidade. Estes alojamentos são financiados por impostos locais e

por contribuições simbólicas dos utentes. Os municípios detêm responsabilidades alargadas, que incluem o planeamento, a organização, a prestação e o financiamento de cuidados domiciliários, serviços de apoio social e cuidados em centros de dia, casas de repouso e outras estruturas residenciais.

O modelo dinamarquês aposta numa abordagem integrada e proactiva. As visitas preventivas domiciliárias são exemplo disso: todas as pessoas com 75 ou mais anos são contactadas, pelo menos duas vezes por ano, por gestores de caso municipais que avaliam as necessidades e colaboram na definição de planos de vida orientados para a autonomia. Caso sejam identificadas necessidades específicas, é realizada uma avaliação por profissionais especializados que elaboram planos individualizados de cuidados. A implementação e monitorização desses cuidados são igualmente asseguradas por equipas municipais. Quando necessário, as equipas de cuidados domiciliários articulam-se com as equipas geriátricas para garantir uma resposta especializada.

No domínio da habitação, o enfoque reside na criação de soluções residenciais inclusivas e não institucionais, promovendo a convivência e o apoio mútuo entre pessoas com diferentes níveis de dependência. Estes complexos habitacionais estão frequentemente localizados na proximidade de infraestruturas sociais ou residências geriátricas, facilitando a articulação de cuidados e otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

A **Alemanha** dispunha, até ao final do século XX, de um sistema de cuidados de longa duração predominantemente institucionalizado (Ležovič et al., 2008). No entanto, diversos fatores contribuíram para a reformulação deste paradigma, nomeadamente:

- O agravamento das pressões orçamentais no setor da saúde e da segurança social;
- O aumento exponencial da procura por cuidados de longa duração, comprometendo a capacidade de resposta instalada;
- A perceção pública de inadequação da qualidade dos cuidados prestados e dos serviços disponíveis.

Como resposta a esta conjuntura, foi criado o Seguro Social de Dependência (Soziale Pflegeversicherung, SDI), um mecanismo universal e obrigatório, implementado em 1995, destinado a garantir a cobertura dos cuidados de longa duração. O SDI baseia-se num modelo contributivo proporcional ao rendimento, sendo gerido pelas mesmas entidades responsáveis pelo seguro de doença, o que assegura a uniformização administrativa entre cuidados agudos e de longa duração.

O acesso às prestações é condicionado por uma avaliação formal, realizada por comissões técnicas que categorizam os beneficiários em três níveis de dependência. Para cada nível, estão previstas três modalidades de apoio financeiro:

1. Subsídio pecuniário direto ao utente, destinado a cuidados informais no domicílio;
2. Pagamento ao prestador de cuidados domiciliários, por serviços formais prestados em casa;
3. Pagamento ao prestador institucional, nos casos em que o utente reside numa instituição.

Quando os montantes garantidos pelo SDI são insuficientes para cobrir os encargos com os cuidados, os indivíduos podem aceder a prestações de assistência social, mediante comprovação de insuficiência económica (“prova de rendimento”).

Desde abril de 1995, os cuidados domiciliários passaram a estar integrados no SDI; os cuidados institucionais seguiram-se em julho de 1996. O modelo atribui prioridade aos cuidados prestados no domicílio, como forma de promover a permanência da pessoa no seu ambiente habitual e retardar a institucionalização.

A gestão e monitorização do sistema permanecem sob a alçada das companhias de seguros de saúde, que contratualizam com os prestadores e coordenam comissões de avaliação segundo critérios legalmente estipulados. Embora a separação estrutural entre cuidados agudos e de longa duração tenha minimizado problemas de coordenação administrativa, persistem riscos de transferência de custos entre setores, especialmente no que respeita à reabilitação.

Um elemento distintivo da organização alemã são as denominadas “estações sociais” (Sozialstationen), estruturas comunitárias existentes desde os anos 1970 que operam na interface entre os cuidados de saúde e os serviços sociais. Estas unidades, coordenadas por enfermeiros e assistentes sociais, disponibilizam uma vasta gama de serviços: apoio domiciliário, transporte, entrega de refeições, aluguer de equipamentos, cuidados diurnos, entre outros. São também capazes de organizar intervenções especializadas, como cuidados de enfermagem ou apoio psicogeriátrico.

Existem cerca de 4.000 estações sociais no país. Com a introdução do SDI, estas instituições deixaram de beneficiar de financiamento preferencial direto do Estado, sendo obrigadas a competir no mercado para assegurar financiamento via contratos com os fundos de seguro.

Como complemento ao sistema formal, a Alemanha desenvolveu cooperativas de cidadãos idosos, que combinam trabalho voluntário e emprego remunerado. Estas estruturas mobilizam redes de vizinhança para prestar serviços básicos como visitas, transportes, apoio telefónico e atividades de grupo.

O país também oferece soluções residenciais adaptadas, como os complexos habitacionais para idosos de rendimentos médios e altos, geridos por organizações sem fins lucrativos. Como os residentes não beneficiam de subsídios estatais diretos, estes complexos são financiados através de pagamentos individuais, mas oferecem uma ampla variedade de serviços, desde apoio doméstico a cuidados de saúde.

O cofinanciamento da habitação para utentes com menor capacidade financeira é assegurado através de prestações habitacionais e apoios sociais atribuídos pelo governo nacional ou estadual.

Os principais objetivos da reforma do SDI foram, em grande parte, alcançados. Em 2001, menos de 5% dos utentes de cuidados domiciliários necessitavam de apoio social adicional além do SDI, e apenas cerca de 25% dos residentes em instituições recorriam a assistência social complementar.

Contudo, o sistema ainda apresenta limitações estruturais:

- A normalização e estandardização excessiva prevalecem sobre abordagens individualizadas e flexíveis, tornando o sistema menos adaptável às necessidades específicas dos utentes;
- Existe uma ausência significativa de gestão de casos e a integração de cuidados continua a ser um objetivo distante, mais do que uma realidade operacional.

Nos **Países Baixos**, as reformas nos cuidados de longa duração (LTC) remontam a mais de duas décadas, tendo-se iniciado com a publicação do relatório “Cuidados para os Idosos do Futuro” da Comissão para a Modernização dos Cuidados a Idosos, em 1994 (Brodsky, Hirschfeld & Habib, 2003). Este documento exigia um sistema mais coordenado, flexível e centrado na prestação de cuidados individualizados, baseados na comunidade. Muitas das suas recomendações foram posteriormente integradas nas políticas públicas, em linha com a tradição holandesa de governação por consenso. O Estado não impõe a cooperação entre entidades, mas fomenta-a através de mecanismos de apoio como subvenções, subsídios e recursos técnicos adicionais.

O sistema de saúde holandês assenta numa combinação de seguro obrigatório e proteção pública universal. Cerca de 64% da população está abrangida por seguros sociais obrigatórios, com contribuições ajustadas ao rendimento (mais baixas para os reformados), enquanto os restantes 36% estão cobertos por seguros privados. Importa, no entanto, destacar a existência da Lei sobre Despesas de Saúde Extraordinárias (AWBZ), em vigor desde 1968, que garante cobertura para todos os cidadãos contra riscos catastróficos de saúde, nomeadamente para cuidados de longa duração prestados no domicílio ou em instituições. O financiamento do sistema é

misto, envolvendo receitas fiscais e copagamentos, independentemente da situação profissional do cidadão.

Desde 1998, a qualidade dos cuidados domiciliários de longa duração é avaliada por equipas profissionais da Organização de Avaliação Regional, reforçando a vigilância e responsabilização na prestação de serviços. Apesar da estrutura formalmente integrada, persistem desafios significativos na coordenação entre os cuidados primários e os cuidados de longa duração, que continuam a funcionar com graus variáveis de articulação.

O sistema holandês aposta na responsabilização ativa do utente, promovendo a adesão às organizações locais de prestação de cuidados. Uma inovação destacada é a introdução, desde 1985, do “orçamento pessoal” (persoonsgebonden budget, PGB), que permite a pessoas com doenças crónicas gerir autonomamente os fundos públicos destinados à aquisição dos cuidados necessários.

A evolução recente do sistema revela uma aposta clara na integração vertical e horizontal dos cuidados de saúde e dos serviços sociais. Verificam-se fusões entre hospitais, lares de idosos, organizações de cuidados domiciliários e operadores de habitação, visando maior eficiência e continuidade dos cuidados. Esta dinâmica tem sido acompanhada pela consolidação de organizações nacionais de enfermagem e agências de cuidados ao domicílio, o que contribuiu para a oferta de cuidados contínuos num ambiente cada vez mais competitivo.

O modelo de gestor de caso, importado do Reino Unido e dos EUA, foi amplamente adotado e é hoje considerado um elemento-chave na gestão integrada dos cuidados, sobretudo para utentes com condições crónicas complexas. Este modelo facilita a coordenação entre prestadores generalistas e especializados, num quadro de responsabilidades bem definidas, com o utente no centro do processo de cuidados. Adicionalmente, surgiram “pacotes de cuidados” como modelo de organização assistencial que articula diferentes níveis de prestação. No entanto, uma das principais fragilidades do sistema reside na fragmentação do financiamento, que continua a dificultar a plena integração entre os sectores da saúde e da ação social.

Apesar de uma percentagem relativamente elevada de pessoas idosas (cerca de 10%) ainda residirem em instituições (lares ou casas de repouso), o governo tem promovido desde a década de 1970 políticas ativas de desinstitucionalização. Estas incluem o reforço dos cuidados domiciliários e comunitários, e o desenvolvimento de soluções habitacionais protegidas, como apartamentos com serviços de apoio no local, acessíveis via arrendamento ou propriedade.

A **Suécia** (Ležovič et al., 2008) é conhecida mundialmente como um país forte e com um generoso compromisso de financiamento público e de prestação de cuidados

de saúde e de serviços sociais a cidadãos de qualquer idade. Em 1992, a “Reforma dos Idosos” transferiu o financiamento e a gestão dos lares de idosos dos condados para os municípios, que eram já eram os fornecedores de alojamento e serviços sociais. Ao mesmo tempo, os municípios foram responsabilizados financeiramente a longo prazo por doentes internados que permanecem em hospitais. O objetivo destas medidas era consolidar os cuidados de saúde e sociais a nível local, para desmedicalizar os cuidados a idosos e melhorar a coordenação de serviços. O objetivo de libertar camas hospitalares e aumentar o número de camas em instalações de cuidados prolongados, ou para substituir as camas por cuidados domiciliários, foi substancialmente realizado.

Em 1998, o “Plano de Ação Nacional sobre a Política para os Idosos” foi aprovado e no qual as 21 Câmaras Municipais eleitas são responsáveis pelo financiamento, gestão e fornecimento do pacote de serviços de cuidados de saúde. A maioria dos prestadores são públicos. O local do primeiro contacto é o centro de saúde distrital. Os hospitais estão organizados hierarquicamente. É dada grande ênfase a geriatria e hospitais também fornecem reabilitação e avaliação geriátrica de serviços de doenças crónicas. Nos termos da “Lei dos Serviços Sociais” adotada em 1992, os cuidados sociais são uma tarefa dos 289 municípios que são responsáveis pelo financiamento, organização, prestação e de cuidados. São relativamente autónomos no que fornecem e na forma como fazem as coisas, e alguns contrataram a prestação de serviços a entidades sem fins lucrativos e mesmo a agências lucrativas. Cerca de 80-85% das despesas são financiadas por impostos locais, com o resto financiado pelo governo central; os municípios estão também a começar gradualmente a introduzir copagamentos pelos clientes. O sistema sueco está a começar a divergir do sistema universal modelo de assistência social para os idosos. Os suecos estão a viver mais tempo, com 17% da população com idade igual ou superior a 65 anos, e está a tornar-se cada vez mais difícil financiar os custos crescentes de serviços sociais dos impostos. Uma das possibilidades que tem foi sugerido é a criação de um quase-mercado regulado pelo governo, no qual os clientes utilizarão vouchers para obter os necessários serviços de uma mistura de fornecedores concorrentes. A Suécia conseguiu alcançar uma administração descentralizada dos cuidados de longa duração para um único local, o município autónomo. Os principais efeitos da estratégia de integração têm sido:

- Redução para metade do número de camas bloqueadas nos hospitais, com transferência mais adequada e atempada de clientes a longo prazo instalações de cuidados;

- Aumento da oferta de alojamento especial;

-Maior capacidade e qualidade dos serviços ao domicílio prestados por municípios.

Os problemas permanecem na coordenação a nível intrasectorial com municípios que não tomaram conta de nenhum lar de idosos. A tradicional fragmentação entre os cuidados hospitalares e os LTC continuam a ser um problema. Em algumas comunidades, os enfermeiros domiciliários empregados pelos municípios são também afetos aos centros de saúde locais. Estes enfermeiros distritais cooperam com os médicos assistentes, e realizam entre outras atividades, visitas noturnas a lares ou a residências de pacientes instáveis. Desde a reforma de 1992, que as equipas multidisciplinares para o planeamento de cuidados tornaram-se numa organização de gestão de cuidados de saúde de pleno direito e há também uma melhor formação para gestores de casos. O novo desafio para a gestão de casos vem com a adoção de uma divisão "comprador-provedor", em que alguns municípios já há separação destas duas funções. A habitação enriquecida com serviços é suportada tanto localmente, como pelo governo central, para que os clientes de cuidados de longo prazo possam permanecer dentro da sua comunidade. As soluções e disposições específicas podem diferir significativamente em comunidades individuais, em alguns casos o governo fornece subsídios ao investimento e 90% dos custos operacionais são normalmente pagos pelo município e 10% pelo inquilino. A prestação de serviços é dividida entre os gestores da habitação e o município. Existem algumas outras experiências com complexos habitacionais sem fins lucrativos, de propriedade cooperativa que são responsáveis não só pelos serviços de habitação, mas também pelos serviços no local serviços médicos e de ajuda ao domicílio.

Desde o século XX, o sistema de saúde espanhol tem vindo a estruturar-se segundo um modelo laboral-profissional, inicialmente assente na lógica dos seguros sociais. Ao longo das décadas, este sistema tem sofrido diversas reformas com o objetivo de aumentar a sua eficácia e eficiência. Um dos marcos mais significativos neste percurso foi a forte aposta na descentralização, consubstanciada na criação do Estado das Autonomias. Este modelo conferiu às Comunidades Autónomas (CCAA) competências alargadas nas áreas da saúde pública, do planeamento em saúde e na gestão dos serviços assistenciais. Por sua vez, o Governo central manteve competências em domínios como a saúde exterior, a definição das bases e a coordenação geral do sistema de saúde, bem como a legislação relativa aos produtos farmacêuticos (Hidalgo Caldentey, 2014).

A organização do sistema de saúde espanhol assenta num conjunto de diplomas legais que visam garantir a sua coesão, qualidade e eficácia (Camacho Ballesta, Rodríguez & Hernández, 2008). No quadro do Estado das Autonomias, as Comunidades Autónomas (CCAA) assumem um papel central na governação e gestão da saúde. Um dos principais

instrumentos de que dispõem são os planos de saúde, que funcionam como ferramentas estratégicas para o planeamento, alocação de recursos e definição de prioridades, em conformidade com os objetivos de saúde estabelecidos a nível regional. Compete igualmente às CCAA a definição das respetivas carteiras de serviços, o que introduz variações significativas entre territórios. A Comunidade Autónoma da Extremadura, por exemplo, apresenta particularidades no âmbito da sua carteira de serviços, refletindo as especificidades demográficas, epidemiológicas e organizacionais da região.

No âmbito do presente trabalho, a análise incide sobre a carteira de serviços designada “Cuidados com adultos, idosos, grupos de risco e pacientes crónicos”, integrada, à semelhança do modelo português, no nível da atenção básica. Esta carteira contempla um conjunto de atividades destinadas a garantir a prestação efetiva de cuidados de saúde adequados às necessidades destes grupos populacionais, incluindo atendimento domiciliário a pessoas com mobilidade reduzida, cuidados dirigidos à população idosa e, em particular, aos idosos em situação de fragilidade.

Neste domínio, destacam-se dois programas específicos, regulamentados pelo Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1998):

- Programa de atenção ao paciente idoso e ao idoso frágil;
- Programa de cuidados de saúde domiciliários a pacientes imobilizados.

Ambos os programas incorporam, na sua abordagem avaliativa e de intervenção, os critérios de “dependência” e “funcionalidade”, fundamentais para a definição do tipo e intensidade dos cuidados a prestar.

Até 2003, em Espanha, os cuidados dirigidos a pessoas em situação de dependência eram, na sua maioria, assegurados pelas famílias, cabendo ao Estado apenas a intervenção em casos excecionais. Contudo, com a entrada em vigor da Lei de Promoção da Autonomia Pessoal e Atenção às Pessoas em Situação de Dependência, iniciou-se uma profunda transformação estrutural neste domínio. Passou a ser implementado um sistema de avaliação do grau de dependência, baseado numa escala de 0 a 100 pontos, que permite classificar os indivíduos de acordo com o seu nível de necessidade de apoio para a realização de atividades da vida diária.

A grande mais-valia desta avaliação reside no facto de estar diretamente associada ao acesso a um conjunto de serviços garantidos, entre os quais se destacam (Camacho Ballesta, Rodríguez & Hernández, 2008):

- a) serviços de prevenção das situações de dependência e de promoção da autonomia pessoal;
- b) serviço de teleassistência;
- c) serviço de apoio domiciliário;
- d) centros de dia e centros de noite;
- e) serviços de cuidados residenciais.

Estes serviços têm carácter prioritário e devem estar disponíveis na rede pública de serviços de cada Comunidade Autónoma (CCAA). Na eventualidade de não ser possível garantir a prestação pública, a legislação prevê a atribuição de uma prestação económica vinculada, destinada à comparticipação do custo de um serviço similar no setor privado. De forma excecional, pode também ser atribuída uma prestação económica de cuidados no domicílio prestados por familiares, desde que estejam asseguradas condições mínimas de qualidade.

Adicionalmente, encontra-se prevista a prestação económica de assistência pessoal, cuja finalidade é fomentar a autonomia da pessoa dependente através da contratação de um cuidador formal, que preste apoio em horários definidos e facilite a sua inclusão social, profissional e educacional, contribuindo para uma vida diária mais autónoma (Lopes & Sakellarides, 2021).

Importa sublinhar que, em Espanha, o direito à assistência por dependência é considerado um direito universal, acessível a qualquer cidadão que cumpra os critérios definidos na legislação. A avaliação do grau de dependência é realizada por equipas multidisciplinares, podendo integrar assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos e psicólogos, garantindo uma abordagem holística e rigorosa da situação da pessoa avaliada.

No Reino Unido, o National Health Service (NHS) constitui o sistema público de saúde, sendo financiado maioritariamente através da receita fiscal. O NHS assegura o acesso universal a cuidados de saúde, disponibilizando medicação, tratamentos e serviços médicos gratuitos ou a custos reduzidos a todos os residentes legais no país. A estrutura do sistema assenta numa rede articulada de hospitais e clínicas públicas, com a porta de entrada estabelecida nos cuidados de saúde primários, prestados principalmente por médicos de família (General Practitioners – GPs).

Para indivíduos em situação administrativa irregular ou sem registo formal no sistema, existem alternativas como os “Walk-in Centres”, unidades de acesso direto que oferecem cuidados básicos de saúde sem necessidade de marcação prévia ou inscrição prévia no NHS. Estas unidades desempenham um papel importante na resposta imediata a situações clínicas menos graves, assegurando um nível mínimo de cobertura de cuidados a todos os que residem temporária ou irregularmente no território britânico.

No âmbito específico deste estudo, destaca-se o NHS Care, estrutura do National Health Service (NHS) responsável pela prestação de cuidados continuados e apoio social no Reino Unido. A sua intervenção organiza-se em duas grandes áreas funcionais: apoio social e assistência e cuidados de saúde.

1. Apoio Social e Assistência

Esta vertente abrange serviços destinados a utentes com necessidades decorrentes de doença ou deficiência, bem como a cuidadores informais que prestam apoio regular a familiares ou dependentes. Os serviços incluem:

- Apoio prático no domicílio, assegurado por auxiliares ou assistentes geriátricos;
- Fornecimento de refeições ao domicílio;
- Adaptação da habitação para promover a autonomia funcional;
- Disponibilização de equipamentos e utensílios que facilitem as atividades diárias;
- Sistemas de alarme pessoal e segurança doméstica;
- Acesso a diferentes modalidades de residências assistidas ou protegidas.

O financiamento destes cuidados pode assumir diferentes formas, sendo normalmente partilhado entre:

- Os próprios utentes e respetivas famílias, consoante a sua capacidade financeira;
- Os departamentos de Serviços Sociais dos Municípios (Local Councils), quando se verifique elegibilidade para apoio público.

2. Cuidados de Saúde

No domínio da saúde, o NHS Care contempla dois tipos principais de intervenção:

- Cuidados de reabilitação pós-doença ou alta hospitalar: Estes serviços visam a recuperação funcional do utente e são disponibilizados por um período máximo de seis semanas após o evento clínico. Podem ser providenciados diretamente pelo NHS ou em colaboração com os conselhos locais.
- Cuidados contínuos do NHS (NHS Continuing Healthcare): Destinados a utentes com elevado grau de morbilidade ou doenças crónicas complexas, estes cuidados são prestados de forma prolongada e gratuita, sendo da responsabilidade exclusiva do NHS, sem custos para o utente.

Nestes casos específicos, o NHS assegura integralmente a assistência, distinguindo-se dos apoios sociais comuns financiados parcialmente pelos conselhos locais.

Nos **EUA**, os cuidados de saúde são prestados principalmente por sistemas privados. Mas o governo assegurou que dois sistemas o Medicare e o Medicaid³ possam também ser os pagadores desses serviços fornecidos á população. A maioria das seguradoras, seguindo o exemplo do Medicare, assegura o provimento de

³ <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-coverage-overview/differences-between-medicare-and-medicaid>, consultado a 1/9/2022.

cuidados de saúde domiciliários apenas quando os serviços especializados são considerados medicamente necessários, embora também paguem o trabalho de auxiliares de geriatria, mas somente quando estes são indispensáveis para assegurar o apoio para a prestação dos cuidados.(Jonge et al., 2014)

O Medicaid cobre em alguns estados as despesas dos serviços de assistência domiciliar, mas apenas em circunstâncias muito especiais. Na maioria das vezes esses cuidados são pagos pelos indivíduos e suas famílias.

O Medicare paga pelos cuidados de saúde domiciliários apenas quando prestados por agências de cuidados de saúde ao domicílio certificadas pelo Medicare, que são obrigadas a apresentar dados que possam ser utilizados para medidas de qualidade.

Os “home based primary care” são uma categoria importante de prestação de serviços, especialmente para idosos e para aqueles que têm internamentos prolongados e reiterados. Cuidados primários domiciliários (HBPC), são cada vez mais propostos como um meio de permitir que os idosos em situação de fragilidade permaneçam em casa o máximo de tempo possível. Só entram nesta categoria **"Skilled" home health care services** que são fornecidos por enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas da fala ou terapeutas ocupacionais. Esses serviços são projetados para obter melhorias nos sintomas clínicos e nível de dependência e de funcionalidade.

Personal care, or homemaker services, são fornecidos por auxiliares de geriatria. Esse tipo de cuidado destina-se a fornecer assistência nas atividades da vida diária, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, comer e caminhar, ou nas atividades "instrumentais" da vida diária, como fazer compras e cuidar da casa.(Jonge et al., 2014)

Capítulo 2. A QUALIDADE EM SAUDE

Iniciámos este trabalho com a célebre citação de Lord Kelvin: *“I often say that when you can measure what you are speaking about, and express it in numbers, you know something about it; but when you cannot measure it, when you cannot express it in numbers, your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind.”* (Thomson et al., 2011). Esta afirmação traduz a premissa fundamental que sustenta qualquer abordagem contemporânea à qualidade, sobretudo no contexto dos serviços de saúde. A possibilidade de medir, quantificar e comparar é considerada indispensável

para assegurar a eficácia, a segurança e a melhoria contínua nos cuidados prestados (Secretary of State for Health, 2008).

Mas, medir sem regras gera o caos, pois torna-se impossível gerar informações pertinentes e fiáveis. Assim, há cerca de 25 anos, surgiu um movimento internacional para a qualidade em saúde, no qual se destacam os contributos de Bodenheimer (1999) e Berwick (2016). Este movimento definiu, entre outros aspetos, os conceitos fundamentais e as ferramentas operacionais a adotar no processo de melhoria contínua da qualidade. No entanto, apesar dos avanços teóricos e estratégicos, a implementação efetiva dessas medidas tem-se revelado um desafio persistente, condicionado por múltiplos fatores organizacionais, culturais e sistémicos.

A literatura existente aborda ocasionalmente a problemática das estratégias individuais e normalmente não fornece orientações para decisores políticos sobre qual a estratégia a implementar num determinado contexto. Além disso, apesar da vasta base bibliográfica e do reconhecimento universal da sua importância nos sistemas de saúde, não há um entendimento comum sobre o termo "qualidade dos cuidados", e há um desacordo sobre o que este engloba. Por conseguinte, o objetivo deste capítulo é proporcionar clareza sobre a definição de qualidade e a sua relação com o desempenho do sistema de saúde e com a ECCI em particular. Assim como introduzir o nível de análise particular em relação aos indicadores de qualidade.

O Observatório Europeu da Saúde Systems and policies (Legido-Quigley et al., 2008), refere que a *"literatura sobre a qualidade nos sistemas de saúde era muito extensa e difícil de sistematizar"* (Busse et al., 2019), no seu trabalho *"Improving healthcare quality in Europe"*, corroboram essa opinião, por isso os desafios que enfrentamos são: qual é o conceito de qualidade em saúde e como é que esta pode de ser medida.

Como sabemos, conceito de saúde não é estático e o seu desenvolvimento acompanha a evolução da sociedade em geral, por isso também a qualidade não é estanque, assumindo-se assim como um conceito estratégico nas organizações de saúde. Esta conceção, é responsável pela aquisição de métodos de melhoria contínua por parte das organizações, tendo em vista a obtenção de evidências de excelência, rigor, eficiência e eficácia e ainda pelo incentivo da criação de valor na prestação de cuidados de saúde.

Definir, qualidade em saúde, não é de todo uma tarefa fácil, nem reúne o consenso por parte de todos os stakeholders. Esta dificuldade não reside apenas no conceito per si, mas, também porque engloba várias questões de operacionalização, como o reconhecimento e a objetividade e o ritmo da evolução do conhecimento.

Assim sendo, qualidade é um conceito em constante mudança, que engloba a inovação e avanços não só tecnológicos, mas também científicos e que tem de acompanhar as expectativas não só dos utentes, mas também dos prestadores pois ambos visam cuidados de excelência. Mais importante que o know-how e os recursos, são a forma como se organizam e se prestam os cuidados. (Dunn, 2006)

São numerosas as definições encontradas na bibliografia sobre este assunto. A definição de qualidade difere frequentemente entre contextos, paradigmas disciplinares e níveis de análise. No entanto, como definido pelo trabalho seminal de Avedis Donabedian (1980) e corroborando o que dizia Lord Kelvin, avaliar e melhorar a qualidade prevê uma compreensão do que implica.

Uma das que apresenta menos controvérsia, e que é defendida por vários autores, é a do Instituto de Medicina. Este, defende que este conceito está intrínseco aos cuidados quando existe um grau ótimo de prestação de cuidados de saúde, que vai de encontro aos resultados de saúde esperados (Institute of Medicine, 2000). Trata-se de um conteúdo que pretende alcançar um nível de excelência máximo (WHO, 2003), com um distinto grau a nível profissional, com eficiência na utilização de recursos, tendo em atenção a minimização dos riscos e a otimização dos resultados em saúde para os clientes (Dunn, 2006)

A qualidade enquanto conceção, pode ser definida como “o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto, que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”(Decreto-Lei n.º 134/2009, de 2 de Junho)

A nível nacional defende-se que “qualidade, em saúde, é o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.(DGS, 2011)

Internacionalmente, a qualidade em saúde é defendida pela The Joint Commission, como o alcance da saúde e da concretização/satisfação de uma população, tendo por base as características desta, a tecnologia atual e os recursos disponíveis e a forma como as organizações podem aumentar a obtenção de resultados previamente estabelecidos. (TJC, 1993)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a qualidade em saúde como um serviço que contém profissionais de saúde que refletem um elevado nível de excelência, associados a um risco mínimo, resultando numa maior saúde nos utentes e na utilização eficiente dos recursos existentes. (WHO, 2006)

De facto, assegurar que os serviços de saúde são de boa qualidade é um imperativo para os decisores políticos a todos os níveis e um importante contribuinte para desempenho do sistema de saúde.

A nível europeu, as Conclusões do Conselho Europeu sobre o Valores e Princípios nos Sistemas de Saúde da União Europeia destacam que "*os valores globais de universalidade, acesso a cuidados de qualidade, equidade e solidariedade têm sido amplamente aceites no trabalho das diferentes instituições da UE*". (Conselho europeu, 2006)

Como se depreende, a saúde e a despesa pública, envolvida no mesmo setor são um dos assuntos mais debatidos na atualidade, por isso há uma necessidade imperiosa da sustentabilidade dos serviços de saúde. Assim sendo, os resultados são muito importantes. Já se depreendeu que tem de existir uma valorização da qualidade em detrimento da quantidade e, como tal, a adoção de modelos de cuidados de saúde baseados em resultados, convertendo os gastos em ganhos em saúde para o doente e para a comunidade é o caminho para a sustentabilidade.

Desta forma, a abordagem da questão da qualidade dos cuidados de saúde pode ser originada por várias razões, que vão desde um compromisso geral à população de prestação de cuidados de saúde de alta qualidade; bem como podem entender a prestação de qualidade como um bem público ou ainda através da necessidade de analisar os resultados obtidos em saúde após a prestação de cuidados, com o intuito de obter o valor em saúde, ou ainda para identificação de problemas específicos de qualidade dos cuidados de saúde.

Segundo Lee e Porter (2013, como citado em Lopes e Sakellarides, 2021), o *valor em saúde é definido como os resultados relevantes para o doente, divididos pelos custos por doente ao longo de todo o ciclo de cuidados necessários para alcançar esses resultados*. Estes autores sublinham ainda que é essencial compreender não apenas o que se mede como valor, mas também qual o contributo efetivo de cada interveniente no processo assistencial para a criação desse valor.

O conceito de qualidade dos serviços de saúde, tem-se mostrado de extrema importância atualmente nas instituições de saúde, optando as mesmas pela aquisição de estratégias de melhoria contínua de qualidade, através de um modelo adequado de gestão, passando muitas vezes este, pelos processos de acreditação e pela implementação de indicadores de qualidade.

Este tipo de raciocínio está presente nos modelos de contratualização entre a tutela e as instituições prestadoras de Saúde.

Qualidade, implica a existência de ferramentas que permitam a comparação e a medição do desempenho clínico.(Chiavenato, 2014) refere que a avaliação de desempenho é uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa, em função das atividades que desempenha, das metas e resultados a serem alcançados, das competências que possuiu e do seu potencial desenvolvimento. Ainda segundo

Johnson e Clark (2000, como citados em Nascimento, 2013), um sistema de avaliação de desempenho pode ser entendido como um conjunto de indicadores que permite quantificar a eficiência e a eficácia das ações realizadas, fornecendo assim uma base objetiva para a tomada de decisões e ações estratégicas. Neste contexto, a avaliação da qualidade é considerada uma das componentes centrais da avaliação de desempenho.

Tal como referido anteriormente, Donabedian sustentava que “a avaliação e a melhoria da qualidade dos cuidados pressupõem uma compreensão do que se está a fazer” (Donabedian, citado por Nascimento, 2013). De facto, diferentes definições de qualidade incluem frequentemente listas abrangentes de atributos ou dimensões, refletindo a complexidade deste conceito no contexto da saúde. A tabela abaixo apresenta uma síntese das principais dimensões associadas à qualidade dos cuidados, conforme reconhecido na literatura especializada

| | Donabedian (1980) | IOM (1990) | Council of Europe (1997) | IOM (2001) | OECD (2006) | WHO (2006b) | EC (2010) | EC (2014) | WHO (2016) | WHO (2018) |
|--|--------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|-------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Core dimensions of healthcare quality | Effectiveness | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Safety | | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | Responsiveness | | X | Patient-centredness | X | Patient-centredness | X | Patient-centredness | Patient-centredness | Patient-centredness |
| | Acceptability | | | | | X | | | | |
| | Appropriateness | | | X | | | | X | | |
| Subdimensions (related to core dimensions) | Continuity | | | | | | | | | |
| | Timeliness | | | X | | | | | X | X |
| | Satisfaction | | X | X | | | | | | |
| | Health improvement | | X | X | | | | | | |
| | Other | Patient Welfare | | Assessment of care process | | | Patient's preferences | | Integration | Integration |
| Other dimensions of health systems performance | Efficiency | | X | X | | X | X | X | X | X |
| | Access | | X | | | X | | | | |
| | Equity | | | X | | X | X | X | X | X |

Tabela 1: Quality dimensions in ten selected definitions of quality 1980-2018. Fonte (Busse et al., 2019)

Em 2001, o Institute of Medicine (IOM) publicou o relatório *Crossing the Quality Chasm*, no qual estabeleceu que os cuidados de saúde de qualidade devem cumprir seis grandes objetivos ou dimensões fundamentais: os cuidados devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos (IOM, 2001).

Para avaliar a qualidade dos cuidados, é necessário recorrer a indicadores de saúde, definidos como “medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde” (RIPSA, 2002). A Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2006) acrescenta que os indicadores “são um conjunto de medidas que

monitorizam eventos adversos que os doentes experienciam em resultado da sua exposição ao sistema de saúde”.

Os indicadores constituem, assim, grandezas quantitativas que traduzem o estado de saúde das populações, o desempenho dos sistemas de cuidados, ou aspetos correlacionados. Um indicador de saúde eficaz deve gerar informação comparável entre diferentes regiões ou países, permitindo identificar necessidades, avaliar desempenho e orientar políticas públicas. O seu principal objetivo é a monitorização contínua e a melhoria do funcionamento dos sistemas de saúde, contribuindo, em última instância, para a melhoria do bem-estar populacional.

Além da sua função de “mapeamento” da realidade sanitária, os indicadores têm, segundo Lunney et al. (2003) e Davies e Higginson (2004), um papel relevante na avaliação de necessidades, monitorização de resultados, identificação de desvios no estado de saúde e apoio à tomada de decisão por parte de gestores, profissionais, decisores políticos e utilizadores. Por outro lado, Arah et al. (2003) destacam a sua importância para a avaliação individual de desempenho e atribuição de incentivos, atuando como mecanismo de controlo dos níveis organizacionais operacionais.

Adicionalmente, a avaliação da qualidade pode ser operacionalizada através do modelo de Donabedian (1985), que propõe uma estrutura conceptual assente em três vertentes interligadas: estrutura, processo e resultados. Neste modelo:

- Estrutura refere-se aos atributos organizacionais e aos recursos disponíveis para a prestação de cuidados, incluindo a infraestrutura física, o capital humano, os equipamentos, os sistemas de informação e os mecanismos de gestão. Esta dimensão traduz-se na capacidade instalada e na organização funcional das unidades prestadoras de cuidados (Donabedian, 2003).
- Processo diz respeito ao conjunto de atividades clínicas, técnicas e relacionais realizadas durante o contacto com o utente. Inclui tanto as intervenções dos profissionais de saúde como a participação dos doentes e seus cuidadores. Estas ações devem ser avaliadas quanto à sua adequação à evidência científica disponível, garantindo a efetividade e a segurança da prática assistencial. Segundo Ibrahim (2001), os processos refletem a prestação de cuidados em conformidade com o conhecimento profissional atual, funcionando como indicadores de práticas apropriadas ou inadequadas.
- Resultados correspondem aos efeitos da prestação de cuidados sobre o estado de saúde dos utentes ou das populações, abrangendo diferentes domínios:
 1. Resultados clínicos, como taxas de mortalidade, complicações ou controlo da doença;

2. Resultados económicos, como dias de internamento ou custos diretos;
3. Resultados percebidos, como grau de satisfação dos utentes e qualidade de vida.

De acordo com Donabedian (2003), *“a avaliação e a melhoria da qualidade dos cuidados pressupõem uma compreensão clara daquilo que se faz”*, reconhecendo-se, no entanto, que os resultados são muitas vezes influenciados por fatores extrínsecos, como idade, condição socioeconómica ou gravidade clínica. Esses fatores representam um desafio significativo à fiabilidade e comparabilidade dos indicadores de resultado.

Importa sublinhar que Donabedian concebe estas três dimensões como interdependentes, rejeitando a ideia de compartimentalização. Na sua perspetiva, a estrutura influencia o processo, e o processo influencia os resultados, estabelecendo-se uma cadeia lógica e funcional entre os elementos do sistema.

Este enquadramento conceptual encontra eco na abordagem de avaliação do desempenho em unidades de cuidados integrados, segundo Armitage et al. (2009), onde se privilegia a análise dos processos e dos resultados, sendo a estrutura entendida como um fator subjacente, com menor intensidade operacional, mas ainda assim relevante.

Como sintetiza o próprio autor, *“a avaliação e a melhoria da qualidade dos cuidados pressupõem uma compreensão clara daquilo que se faz”* (Donabedian, 2003).

2.1 Avaliação da qualidade em saúde e indicadores utilizados numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados em Portugal

Como já foi referido anteriormente no Decreto-lei 28/2008, (*Decreto-Lei n.º 28/2008*), que foi o responsável pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários, *“À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho, são os profissionais suprarreferidos que constituem ou deveriam constituir as ECCI.”* Posto isto, é a partir da avaliação das UCC que podemos inferir o desempenho das ECCI.

Em Portugal, o desempenho das ECCI é avaliado por duas entidades distintas: a RNCCI e a ACSS. A RNCCI fá-lo, através da ECL que é responsável por toda a monitorização do trabalho realizado por todos os fornecedores dentro da rede. Desta forma, os indicadores de qualidade são obtidos ao nível dos fornecedores (regional e nacional) através da comunicação obrigatória de dados.

A tutela definiu que existe um conjunto mínimo de dados, que todos os fornecedores são obrigados a reportar através do GestCare CCI. Este, é o sistema de gestão de dados que suporta a monitorização contínua e atualizada dos dados.

Os indicadores escolhidos para a avaliação da Qualidade foram : prevalência de quedas e incidência de úlceras de pressão.(ACSS, 2017) e foram escolhidos com base no documento elaborado em 2012 pela OCDE, “OECD Long-Term Care Quality Project”, onde foram definidas as áreas de política de qualidade e indicadores de qualidade em LTC. A RNCCI elaborou um manual de Melhoria Contínua da Qualidade (CEQUAL, IPQ, & UMP, 2008). Apesar de serem emitidos relatórios de monitorização semestrais e anuais e da divulgação de informação no site da RNCC⁴, as unidades/equipas não têm acesso à avaliação umas das outras, não existindo, portanto, a possibilidade de fazer benchmarking entre as unidades/equipas da RNCCI e existe pouca orientação específica para as ECCI.

A ACSS tem uma abordagem mais dirigida para os resultados. Recorre ao aplicativo SClinico, recolhendo dados de indicadores pré-definidos. Estes, têm um bilhete de identidade publicado e disponível na plataforma BI-CSP (ACSS, 2019). No bilhete de identidade de cada indicador encontra-se descrito as suas métricas; as regras de cálculo do numerador e denominador; as particularidades do que se regista e de como se mede; a tipologia do indicador (estrutura, processo, resultados e ganhos em saúde); a dimensão; o resultado esperado e a variação aceitável; o referencial; e o estado: ativo, descontinuado ou em desenvolvimento. De acordo com a avaliação ponderada dos diversos indicadores é atribuído a cada unidade um valor de Índice de Desempenho Global (IDG).

A sua monitorização é efetuada através do BI-CSP, com a publicação de forma continuada dos resultados dos IDG, IDS e respetivas dimensões, operacionalizados pelas suas métricas e respetivos indicadores. Os resultados dos respetivos indicadores mantêm-se disponíveis no ecossistema SIM@SNS (SIM@SNS, SIARS e MIM@UF), bem como, no SDM, ao nível nacional, regional ou local, estando também disponível um conjunto de relatórios sobre os indicadores no portal BI-CSP. (ACSS, 2022)

O acompanhamento e monitorização é efetuado pelos órgãos de gestão do ACES e pelos órgãos de gestão das unidades funcionais.

O IDG permite fazer a comparação entre UCC/ECCI a nível nacional. O IDG não reflete o desempenho da ECCI por si só, mas de toda a UCC.

⁴ http://accsinternet-qua2.azurewebsites.net/category/cuidados-de-saude/continuados/?lang=pt#tab_documento, consultado a 1/8/2022.

O trabalho das ECCI é negociado e contratualizado através das UCC. O plano de ação das UCC, deve ser realizado dando enfoque ao plano de melhoria dirigido às áreas específicas. Estas devem implementar medidas articuladas com as restantes unidades funcionais do ACES, contribuindo desta forma, para a melhoria da resposta à doença aguda e para o aumento da cobertura nas áreas da saúde oral, visual, psicologia, nutrição, saúde mental e medicina física e de reabilitação, bem como, para o reforço da articulação com os municípios e com outras estruturas da comunidade e para a participação ativa dos cidadãos na definição do funcionamento dos serviços de saúde. No entanto, existem indicadores, cujo resultado advém diretamente do trabalho realizado pelas ECCI ou são em grande medida influenciados por este.

O trabalho da ECCI, de acordo com o documento orientador “Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022” (ACSS, 2022) está sobretudo centrado na área do Desempenho Assistencial, e nas SUB- áreas: Acesso e Gestão da Doença e na área Qualidade organizacional. Na tabela seguinte serão apenas referidos os indicadores que dizem respeito ao trabalho realizado nas ECCI.

| Área | Subárea | Dimensão | Indicador |
|-------------------------|------------------|---------------------------------------|--|
| Desempenho Assistencial | Acesso | Cobertura ou Utilização | 292: Taxa de ocupação da ECCI |
| | | Distribuição da Atividade | 281: Número médio visitas domiciliárias por utente, por mês 279: Proporção visitas domiciliárias de enfermagem ao fim-de-semana e feriado |
| | | Tempos Máximos de Resposta Garantidos | 280: Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h |
| | Gestão da Saúde | Criança e Adolescência | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | | Saúde Reprodutiva | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | | Saúde do Adulto | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | | Saúde do Idoso | 372: Taxa de intern. por fratura do colo do fémur |
| | Gestão da Doença | Reabilitação | 387: Proporção de utentes com melhorias funcionais 374: Taxa internamento. Asma/DPOC entre doentes c/ Asma/DPOC |
| | | Saúde Mental | 376: Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid. |
| | | Abordagem Paliativa | 367: Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia. 388: Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintoma |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | Doença Crónica | 329: Taxa de resolução da ineficácia/compromisso na GRT |
| | | ECCI | 284: Proporção utentes c/ alta ECCI c/ objet. Atingidos 285: Taxa de efetividade. na prevenção de úlceras pressão 377: Proporção úlceras pressão melhoradas 287: Taxa incidência de úlcera pressão 289: Proporção utentes c/ganhos controlo dor-UCC 290: Proporção utentes c/ melhoria "dependência. autocuidado." 291: Proporção utentes integrados ECCI c/ internamento. hospitalar. 293: Tempo médio de permanência em ECCI |
| | Intervenção comunitária | Saúde Escolar | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | | Intervenção Precoce | |
| | | Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco | |
| Núcleo Local de Inserção | | | |
| Comissão de Proteção de Jovens em Risco | | | |
| Satisfação de utente | Equipa de Prevenção da Violência em Adultos | | |
| | Rede Social | | |
| | Satisfação de utente | Satisfação de Utentes | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| Serviços | Serviços de Carácter Assistencial | Serviços de Carácter Assistencial | 389: score dimensão "Serviços de Carácter Assistencial" 390: score dimensão "serv. Não ass. Gov. clínica ACES" |
| | | Atividades de Governação Clínica no ACES | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | Serviços de Carácter não Assistencial | Outras Atividades não Assistenciais | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| Qualidade organizacional | Melhoria Contínua da Qualidade | Acesso | 391: Score dimensão "melhoria cont. qualid. acesso" |
| | | Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados | 392: IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI" |
| | Segurança | Segurança de Utentes | 428: Score dimensão "segurança de utentes" |
| | | Segurança de Profissionais | Esta dimensão será avaliada através da avaliação da Satisfação dos Profissionais. A avaliação desta dimensão segue as mesmas regras definidas no IDS da subárea "Satisfação de Utentes" |
| | Centralidade no Cidadão | Gestão do Risco | Sem informação |
| | Centralidade no Cidadão | Centralidade no Cidadão | 430: Score dimensão "participação do cidadão" |
| Formação | Formação Interna | Formação da Equipa Multiprofissional | <i>Indicadores não são referidos</i> |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| profissional | | Formação de Internos e Alunos | <i>porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | Formação Externa | Serviços de Formação Externa | |
| Atividade científica | Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências | Autoria de Artigos Escritos, Apresentação de Comunicações e Participação em Conferências | <i>Indicadores não são referidos porque não são do âmbito deste estudo</i> |
| | Trabalhos de Investigação | Trabalhos de Investigação | |

Tabela 2- Matriz multidimensional- contratualização UCC /ECCI e indicadores. Fonte (ACSS, 2022)

E como é possível observar pela leitura da tabela anterior, pouco investimento tem sido realizado em prol da Qualidade Organizacional. Quando, consultamos a página do portal, <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biselfservice/Paginas/MatrizIndicadoresUCC.aspx?isdlg=1>, não existe informação sobre os indicadores que foram definidos como representativos da qualidade organizacional.

Nesse mesmo documento (ACSS, 2022), estes indicadores são operacionalizados da seguinte forma:

Para o IDS da Subárea “Centralidade no Cidadão”, esta será avaliada pela primeira vez em 2022, através do indicador 430, disponível em <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=430&clusters=S>. A fórmula de cálculo deste indicador é baseada numa checklist de autopreenchimento pela unidade funcional e pelo ACES, entrando em linha de conta com os seguintes aspetos:

1. A existência de evidências de monitorização da satisfação de utentes;
2. A existência de evidências de implementação de mudanças decorrentes dessa monitorização;
3. A existência de uma ponderação para cada área de avaliação. com métricas de avaliação específicas para UF do tipo USF, UCSP, UCC, USP e URAP.

Em 2022 existirá a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos

Para o IDS da dimensão “Segurança de utentes”, a sua avaliação será realizada através de uma grelha de critérios alinhados com o programa nacional de segurança dos utentes da DGS. Este, será operacionalizado pelo indicador 428, disponível em <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=428&clusters=S>.

A sua fórmula de cálculo é baseada também numa “*checklist*” de autopreenchimento pela unidade funcional (ou pelo ACES), entrando em linha de conta com os seguintes aspetos:

1. A existência de evidências de monitorização das dimensões de segurança dos utentes;
2. A existência de evidências de implementação de mudanças nessas mesmas dimensões;
3. A existência de ponderação para os vários itens/critérios a avaliar dentro de cada área de avaliação;
4. A existência de uma ponderação para cada área de avaliação;

Esta grelha de critérios contempla 8 áreas:

A01 A unidade funcional evidencia a existência de "cultura de segurança" no seu ambiente interno;

A02 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "segurança da comunicação";

A03 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "segurança da medicação";

A04 A unidade funcional implementa medidas relacionadas com a "identificação inequívoca dos utentes";

A05 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de quedas";

A06 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de úlceras de pressão";

A07 A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de incidentes";

A08 A unidade funcional implementa medidas destinadas a "prevenir as infeções e as resistências a antimicrobianos".

Em 2022 cada unidade funcional (USF, UCSP, UCC, URAP e USP) será avaliada pela área A07 (A unidade funcional implementa medidas destinadas à "prevenção de incidentes") e por outra área por si seleccionada. Em 2022 continua a existir a possibilidade da UF assinalar que não contratualizou esta dimensão, contudo, a valorização dada para efeitos de cálculo do IDG será de 0 (zero) pontos.

Como podemos verificar a avaliação da qualidade dos cuidados pelas ECCI está disperso nas entidades já referidas, mas o que sobressai é que a prestação de cuidados em saúde tem de se traduzir em valor, por isso temos de criar e investir em indicadores de resultado. Isso só é possível, se os cuidados de saúde forem centrados na pessoa. O resultado em saúde é do doente e não dos profissionais que o registam.

Os cuidados de saúde no domicílio são mais um nível de cuidados, que tem de se ter em conta nas políticas de saúde e que tem de ser incluído na equação.

O IDS da dimensão “Segurança de Profissionais”, como já esta referido na tabela esta dimensão será avaliada através da avaliação da Satisfação dos Profissionais.

2.2 Avaliação da qualidade em saúde e indicadores utilizados nos cuidados prestados no domicílio- perspetiva internacional

Seleccionámos como países para realizar a comparação de indicadores, a Dinamarca, Alemanha, Países Baixos, Suécia, Espanha, Reino Unido e EUA. Alguns, são estados membros da EU e outros vizinhos da UE (exceto os EUA), mas todos apresentam economias avançadas, com sistemas de saúde bem desenvolvidos, mas estruturados de forma diferente.⁵ Todos estes países participaram no projeto da OCDE sobre indicadores de cuidados de saúde (Corrigan et al., 2001; Arah et al., 2006), bem como em iniciativas promovidas pela Organização Mundial da Saúde (Carinci et al., 2015) e pela Comissão Europeia (European Commission, 2008), com o objetivo de desenvolver medidas normalizadas de qualidade e eficácia dos sistemas de saúde, que integrem simultaneamente a importância dos cuidados de saúde integrados.

Assim sendo, apesar da convicção disseminada de que os indicadores de qualidade são essenciais para o aperfeiçoamento dos cuidados de saúde, inacreditavelmente pouco se sabe sobre o que é realmente medido nos diferentes países, nem como, nem porquê.

Esta situação é o resultado da enorme diversidade nos modelos de prestação de cuidados de saúde integrados no domicílio existentes nos países referidos. Essas diferenças são sobretudo no:

- os cuidados/apoios/respostas oferecidas;
- os modelos de organização;
- a sua sustentabilidade;
- e no acesso.

Como resultado dessa enorme variabilidade, temos também, modelos muito diferentes de avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Os reguladores desses países atingem equilíbrios muito diferentes nas dimensões da qualidade que avaliam.

Para facilitar esse processo, utilizamos a metodologia descrita na tabela 3.

⁵ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>, consultado a 20/8/2022.

Em que cada indicador pode ser classificado de forma diferente e de que forma é que existe correspondência para as dimensões da qualidade que avalia.

| Donabedian style of quality measurement | Dimensions of quality |
|--|---|
| Outcome: the effect of care on the health status and/or satisfaction of the patient with their treatment | Safety: preventing adverse outcomes for patients arising from care intended to help them |
| Process: how healthcare is delivered | Effectiveness: efficacy of care in benefitting those who need it while avoiding unnecessary treatment |
| Structure: type and amount of financial, human, material or organisational resources used by a health care organization to deliver services | Patient-centredness: responsiveness of care to patient values, preferences, and needs |
| | Timeliness: delays and other barriers in accessing appropriate care |
| | Efficiency: cost-effectiveness and productivity of providers in delivering care |
| | Equity: fairness and impartiality in healthcare distribution, delivery, and outcomes |
| | Well documented: accuracy, completeness, & security of administrative record-keeping about patients and their care |
| | Trained & certified: staff licencing, training and CPD up-to-date and appropriate |

Tabela 3: Comparação entre a metodologia de Donabedian e as Dimensões da qualidade. Fonte: (Beaussier *et al.*, 2020)

Segundo o relatório *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care* (OECD/European Commission, 2013), a qualidade dos cuidados de longa duração (long-term care, LTC) compreende dimensões como a eficácia e segurança dos cuidados, a centralização no utente, a capacidade de resposta e a coordenação entre serviços. Estes aspetos refletem tanto a qualidade técnica como a experiência dos utentes e a forma como os cuidados são integrados e harmonizados no sistema. A qualidade estrutural, por sua vez, diz respeito aos recursos humanos e à gestão, ao ambiente físico de cuidados, bem como à utilização de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e tecnologias assistidas não digitais, consideradas fundamentais para garantir a qualidade nos LTC.

De seguida, será apresentada a metodologia adotada por diferentes países nesta área.

No **Reino Unido**, os cuidados de saúde são quase inteiramente prestados pelo National Health Service (NHS). A supervisão da qualidade dos cuidados de saúde e dos prestadores de cuidados sociais está a cargo da Care Quality Commission (CQC), entidade pública responsável pela regulação deste setor. Esta comissão divulga regularmente dados de benchmarking sobre as instituições prestadoras de cuidados e desenvolveu o programa de inspeção “*Home Care Inspection Programme*”.

Os relatórios da CQC abordam diversas dimensões, nomeadamente:

1. Overview – Avaliação global em termos de eficácia, humanização, capacidade de resposta e liderança.
2. Prevenção e controlo de infeções – Inclui critérios como procedimentos para visitas, isolamento (shielding), admissões, uso de equipamentos de proteção

individual (EPI), testagem, condições das instalações, recursos humanos e políticas institucionais.

Os cuidados domiciliários compreendem um conjunto de serviços de apoio que visam permitir que as pessoas permaneçam nas suas próprias casas com o máximo de autonomia possível. A avaliação da qualidade destes serviços é realizada com base no *Regulation 10: Assessing and Monitoring the Quality of Service Provision* (Outcome 16), definido pela CQC (Care Quality Commission, 2012).

Na **Alemanha**, os cuidados de saúde são prestados por entidades públicas e privadas, sendo financiados maioritariamente através dos fundos da segurança social. A supervisão da qualidade dos cuidados é assegurada pelo Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), um organismo independente do Ministério da Saúde. Esta entidade reúne representantes das seguradoras estatutárias, prestadores de cuidados de saúde (hospitais, médicos e profissionais de enfermagem), bem como peritos das diferentes áreas clínicas.

O G-BA é responsável pela definição e monitorização de indicadores e padrões de qualidade, determinando quais os procedimentos clínicos, tecnologias e prestadores que são elegíveis para reembolso no sistema de saúde. Além disso, regula aspetos essenciais da prestação de cuidados, contribuindo para a garantia da segurança, eficácia e custo-efetividade dos serviços de saúde na Alemanha.

Nos **Países Baixos**, os cuidados de saúde são prestados maioritariamente por fundações sem fins lucrativos, financiadas por um sistema de seguro de saúde privado obrigatório e fortemente regulamentado, em vigor desde 2006. A supervisão da qualidade dos cuidados é da responsabilidade da Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), uma entidade governamental sob tutela do Ministério da Saúde, Bem-Estar e Desporto.

A IGJ regula a qualidade dos serviços de saúde, da assistência social e dos serviços dirigidos à juventude, assegurando que os prestadores cumprem os padrões legais e promovendo condições equitativas de funcionamento entre os diferentes fornecedores. A sua atuação inclui a monitorização da segurança dos cuidados, a conformidade com normas clínicas, e a intervenção sempre que existam riscos significativos para os utentes.

Nos Estados Unidos, o controlo da qualidade dos cuidados domiciliários é assegurado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁶, cuja atuação se baseia nas orientações do Institute of Medicine (IOM)⁷ para um sistema de saúde de elevada qualidade. Embora o IOM defina seis domínios da qualidade na saúde:

⁶ <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/setting/long-term-care/home-health/examples.html>

⁷ <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>

segurança, eficácia, centralização no doente, oportunidade, eficiência e equidade, as medidas atualmente aplicadas aos cuidados de saúde domiciliários concentram-se sobretudo em três destes domínios, com ênfase particular na centralização no cidadão.

As categorias avaliadas incluem:

1. Segurança do utente:
 - Percentagem de utentes que necessitaram de cuidados de emergência devido a infeções ou agravamento de feridas;
 - Percentagem de utentes que recorreram a serviços de emergência hospitalar, clínico ou ambulatório por qualquer motivo clínico.
2. Eficácia clínica:
 - Percentagem de utentes com melhoria na:
 - Capacidade de deambulação;
 - Realização de cuidados de higiene e conforto;
 - Gestão de medicação oral;
 - Situação das feridas cirúrgicas;
 - Controlo da incontinência urinária.
3. Centralização no utente:
 - Percentagem de utentes que relataram ter sido tratados com cortesia e respeito pelos profissionais;
 - Percentagem de utentes que indicaram ter recebido informação sobre medicação e controlo da dor.
4. Eficiência:
 - Taxa de admissões hospitalares evitáveis durante o período de cuidados domiciliários.

Para garantir transparência e apoio à tomada de decisão informada, é disponibilizada informação atualizada sobre o desempenho das instituições certificadas através da plataforma digital Home Health Compare⁸, acessível ao público. Apenas os prestadores certificados pelo Medicare estão autorizados a prestar cuidados no âmbito deste sistema.

Espanha, como anteriormente referido, caracteriza-se por uma governação descentralizada, com variações regionais significativas nas regras de elegibilidade, nos benefícios atribuídos e nas políticas de implementação da qualidade dos serviços. Embora existam orientações nacionais que estabelecem requisitos mínimos, a

⁸ <https://www.medicare.gov/care-compare/?providerType=HomeHealth&redirect=true>, consultado a 2/9/2022.

responsabilidade pela aplicação concreta das políticas recai sobre as Comunidades Autónomas (CCAA). Este modelo resulta numa diversidade de sistemas, estruturas e medidas de avaliação, o que dificulta a uniformização da qualidade dos cuidados.

Adicionalmente, uma vez que os direitos de acesso e gestão dos dados pertencem às autoridades locais, existe uma limitação substancial na capacidade de recolher dados comparáveis a nível nacional, comprometendo a monitorização e avaliação sistemática da qualidade dos serviços prestados.

Como referido anteriormente, o sistema de saúde **sueco** é essencialmente financiado por impostos, funcionando como um serviço público universal que assegura a todas as pessoas o acesso equitativo aos cuidados de saúde. Trata-se de um modelo fortemente descentralizado, no qual a responsabilidade pela prestação dos cuidados recai sobre os 21 condados (municípios regionais), aos quais compete aplicar e garantir o cumprimento da legislação nacional em matéria de saúde.

Em 2011, foi implementada a Lei de Segurança do Paciente, que visa reforçar os direitos dos utentes e fomentar a participação ativa dos cidadãos, seus familiares e cuidadores, na avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Esta legislação promove a notificação de incidentes relacionados com cuidados inadequados, contribuindo para a melhoria contínua da segurança do paciente.

A Pesquisa Nacional de Pacientes constitui um inquérito anual que avalia a perceção dos utentes relativamente à qualidade dos cuidados recebidos. A investigação incide sobre dimensões como a qualidade do tratamento, o grau de envolvimento do paciente no processo de decisão, a confiança nos profissionais de saúde e a clareza da informação transmitida. Os dados são recolhidos e analisados por todos os conselhos e regiões dos condados, sendo utilizados como instrumento de monitorização e base para o planeamento e desenvolvimento contínuo dos serviços. A responsabilidade pela monitorização da qualidade dos cuidados permanece atribuída a cada município/região.

Capítulo 3. METODOLOGIA

Neste capítulo será versada a metodologia utilizada nesta dissertação, tendo por finalidade a obtenção de um suporte teórico, relativamente à estratégia de investigação e aos procedimentos adotados para a sua realização.

Para a realização desta dissertação, optou-se pela realização de uma scoping review da literatura, por nos parecer a metodologia mais adequada para mapear o estado da arte sobre os artigos que abordam a qualidade nas ECCI ou em estruturas similares. Através da recolha de dados sobre o tema, realizando pesquisa, seleção e

síntese de literatura iremos conseguir identificar as características / conceitos nos artigos ou estudos encontrados.

3.1. Scoping Review de Literatura

Para a realização deste estudo optamos por uma scoping review porque constitui uma metodologia de investigação que permite explorar áreas emergentes e ainda pouco estudadas do conhecimento, e que permite ainda , ampliar a informação existente (JBI, 2015).De acordo com (Peters et al., 2015)a scoping review é, particularmente, útil para esclarecer conceitos e tópicos de investigação, identificar lacunas e estabelecer questões para investigações futuras.

A evolução tecnológica permitiu que os dados obtidos sobre um determinado tema fossem recolhidos e tratados á escala global, tudo isso gerou uma produção sistematizada do conhecimento. Com base nesta premissa, a scoping review surgiu como uma forma inovadora de realizar a revisão da literatura e tem-se destacado mundialmente com notável crescimento na última década, na área de síntese de evidências em saúde. O enfoque desta, está no mapeamento da literatura num determinado campo de interesse, sobretudo, quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas(Salvador et al., 2021).

Desde a década de 1990 que a tomada de decisão baseada na evidência, tem-se assumido como uma forma importante na resolução dos problemas de saúde das populações. Esta sistematização de conhecimento, assumiu-se como um instrumento importante para a tomada de decisões clínicas, administrativas e políticas. No entanto, com o crescimento da produção e a busca de conhecimento sistematizado, houve um aumento de publicações de sistematização da literatura, mas cuja qualidade nem sempre era a melhor.

A prática baseada em evidências como já referimos é uma área em desenvolvimento que cresceu conjuntamente com o rápido aumento da disponibilidade na pesquisa primária, o que originou um aumento na realização de revisões.

Diferentes formas de evidência e diferentes tipos de objetivos e perguntas de revisão exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetados para sintetizar de forma mais eficaz e rigorosa as evidências.

O crescente reconhecimento de formas variadas de evidências, objetivos e perguntas de pesquisa favoreceram o desenvolvimento de abordagens de sistematização da literatura de diversos tipos. (Grant & Booth, 2009)

Em 2009, Grant e Booth identificaram 14 tipos distintos de revisões sistemáticas, cada uma com objetivos e metodologias específicas (Grant & Booth,

2009). Entre essas, destacam-se as scoping reviews, também conhecidas como revisões de escopo, mapping reviews ou scoping studies (Ehrich et al., 2002; Anderson et al., 2008).

Com o intuito de estruturar este tipo de revisão, Arksey e O'Malley (2005) propuseram um modelo metodológico pioneiro para a sua condução. Este modelo foi posteriormente refinado e expandido por Levac, Colquhoun e O'Brien (2010) e, mais tarde, aprimorado e validado por Peters et al. (2015), o que permitiu consolidar a scoping review como uma abordagem rigorosa e reconhecida na síntese de conhecimento.

O conceito de "evidência" assume um papel central nos debates contemporâneos em saúde pública, especialmente no que diz respeito à avaliação da eficácia das práticas clínicas e das intervenções de promoção da saúde. A medicina baseada na evidência (MBE), neste contexto, constitui uma prática que procura integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência científica disponível, oriunda de investigação sistemática. Esta abordagem consolidou-se como prática habitual não apenas na medicina clínica, mas também na saúde pública, nas intervenções comunitárias e na educação para a saúde.

Contudo, o debate em torno da promoção e educação para a saúde baseada na evidência tem-se centrado em duas questões essenciais: qual o tipo de evidência mais adequado para demonstrar a efetividade das intervenções e quais as metodologias mais pertinentes para a sua exploração e avaliação (Cavalcante & Silva, 2007).

Como já foi referido, a produção de conhecimento e de informações na área de saúde é diária e feita de forma exponencial, o que torna virtualmente impossível que os profissionais que não sejam ultras especialistas naquele determinado campo se consigam manter atualizados.

A scoping review constitui uma abordagem metodológica que visa realizar uma sistematização adequada da informação científica, selecionando o que de mais relevante existe na literatura. Esta metodologia permite hierarquizar os níveis de evidência e agrupar os estudos com base em perguntas de investigação semelhantes, possibilitando, por vezes, a extração de conclusões globais através de análises descritivas e/ou estatísticas (Peters et al., 2015).

Segundo Munn et al. (2018), o objetivo central da scoping review é "*identificar e mapear as evidências disponíveis sobre um determinado tema*". Esta função é particularmente importante para os profissionais de saúde, dado que compreender a etiologia de uma doença ou os determinantes de um estado de saúde constitui parte

fundamental do processo de construção do conhecimento clínico (Cavalcante & Silva, 2007).

A scoping review permite também esclarecer os principais conceitos utilizados numa determinada área temática e, por esse motivo, pode ser aplicada como etapa preliminar a uma revisão sistemática. A principal distinção entre ambas reside na sua abrangência e finalidade: enquanto a revisão sistemática procura identificar a melhor evidência disponível sobre uma intervenção específica, a scoping review é mais adequada a tópicos amplos, incluindo diversos desenhos de estudo, com o objetivo de mapear e sintetizar as evidências produzidas (Arksey & O'Malley, 2005).

De acordo com Anderson et al. (2008), as scoping reviews podem mapear evidências de múltiplas formas, sem necessariamente avaliar a robustez metodológica dos estudos incluídos. O seu propósito não é julgar a qualidade da evidência, mas rastrear o conhecimento existente e antecipar lacunas e potencialidades, servindo assim como base para investigadores, profissionais de saúde, decisores políticos e gestores (Cordeiro et al., 2019).

Autores como Tricco et al. (2018), Arksey e O'Malley (2005), Peters et al. (2018) e Munn et al. (2019) identificam os principais objetivos da scoping review:

- Examinar a extensão, variedade e natureza das evidências disponíveis;
- Avaliar a viabilidade de realizar uma revisão sistemática, através do mapeamento prévio da literatura;
- Resumir e disseminar os resultados da investigação, sobretudo junto de públicos com recursos limitados para aceder à produção científica;
- Identificar lacunas na investigação existente, embora sem avaliar a qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Assim, as scoping reviews são úteis tanto para explorar áreas emergentes com produção científica ainda incipiente, como para sistematizar conhecimento em domínios já consolidados.

Um aspeto adicional relevante é destacado pelo Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual (2017) e por Tricco et al. (2018): para além do seu papel preparatório para futuras revisões sistemáticas, as scoping reviews também têm um valor prático, pois fornecem uma base abrangente de evidência para a tomada de decisão clínica. Por exemplo, Kao et al. (2017) realizaram uma scoping review para mapear as ferramentas utilizadas na avaliação da qualidade de vida após amigdalectomia, contribuindo assim para orientar a prática clínica e apoiar a escolha fundamentada de instrumentos.

Para garantir a qualidade e transparência da revisão, utilizou-se a lista de verificação PRISMA-ScR, cuja finalidade é apoiar os diversos stakeholders na

compreensão da terminologia, dos conceitos-chave e dos resultados obtidos com este tipo de revisão.

De acordo com a literatura, são várias as etapas envolvidas na realização de uma Scoping Review de literatura, nomeadamente:

1. Formular a(s) pergunta(s) de investigação: antes de se iniciar a pesquisa é preciso definir de forma clara, precisa e objetiva, qual (quais) a(s) pergunta(s) de investigação. Neste tipo de pesquisa os critérios de inclusão são menos restritivos do que os utilizados numa revisão de literatura, e de acordo com as recomendações do JBI, utilizamos a mnemónica “PCC”, esta representa os termos população, conceito e contexto. Segundo Colquhoun e O’Brien (2010) e Peters *et al.*, (2015), esta etapa tem como finalidade clarificar e ligar o(s) objetivo(s) e a(s) questões de investigação.
2. Produzir um protocolo de investigação: após a definição da(s) pergunta(s) de investigação, é importante que seja criado um protocolo de investigação, onde conste(m) a(s) pergunta(s) a ser(em) investigada(s), os métodos que serão usados na pesquisa e os objetivos a alcançar. Este deve ser desenvolvido antes da pesquisa, para permitir a transparência de todo o processo. Deve detalhar os critérios que os revisores usam para incluir e excluir estudos / artigos e identificar quais os dados relevantes e como os dados serão extraídos, analisados e apresentados. Este passo, limita probabilidade de ocorrer, tomadas de decisão arbitrária durante o processo de revisão. Este, permite ainda que outros repliquem as etapas do processo de revisão. (Donato & Donato, 2019; Petrou, Kwon & Madan, 2018).
3. Definir os critérios de inclusão e de exclusão: é aqui que os autores clarificam, os critérios a usar para selecionar os estudos que irão incluir e quais os estudos que irão excluir (Donato & Donato, 2019).
4. Desenvolver uma estratégia de pesquisa e pesquisar a literatura: encontrar os estudos relevantes é a componente-chave da realização de uma Scoping Review. A característica fundamental deste tipo de pesquisa é a sua abrangência. Para que esta metodologia seja bem-sucedida, é fundamental uma pesquisa exaustiva, de forma que se consigam identificar todos os estudos relevantes sobre a temática em estudo. Como tal, a estratégia de pesquisa deve ser específica, sensível, eficiente e que seja capaz de minimizar o preconceito, de encontrar /incluir estudos que não estão nas principais bases de dados. (Donato & Donato, 2019; Uttley & Montgomery, 2017).
5. Seleção dos estudos, aqui devem segundo os autores já referidos estarem bem definidos os critérios de inclusão e de exclusão. Nesta etapa, deve ser identificada

a abordagem realizada para a procura de provas de seleção. Para esta etapa, é desejável o recurso a um fluxograma, onde seja evidente o número de artigos remanescentes em cada fase de seleção dos estudos. Esta pesquisa deve ser revisada por pares. (Peters *et al*,2020)

6. Mapeamento dos dados (Colquhoun e O'Brien 2010) e (Peters *et al*,2015), referem que deve ser realizado um resumo numérico e uma análise temática qualitativa em que há uma “procura” das provas.
7. Analisar e sintetizar os estudos relevantes, habitualmente a extração destes dados faz-se para tabelas que compilam a informação relevante de todos os estudos, e que permitem a análise dos resultados (Harris *et al*, 2014; Wright *et al*, 2007)
8. Apresentar e interpretar os resultados, incluindo potencialmente um processo que permita o estabelecimento e a validação do corpo de evidências e que permita a sistematização da relação entre todos os momentos de desenvolvimento da Scoping Review.

3.2. Principais etapas da Scoping Review de Literatura sobre a avaliação da qualidade em ECCI

Após ter sido explicado anteriormente o que é uma Scoping Review, passaremos, de seguida, a descrever cada uma das etapas da nossa investigação.

3.2.1. Objetivo Geral e Questões de Investigação

O objetivo geral desta dissertação é fazer um diagnóstico do estado da arte no que diz respeito á informação existente sobre a qualidade das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Pretende-se:

- Conhecer quais das três subáreas em que a operacionalização da qualidade organizacional tem maior investimento, se na Melhoria Contínua da Qualidade, na Segurança, ou na Centralidade no Cidadão.
- Identificar quais os indicadores mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade organizacional das equipas que prestam cuidados de saúde integrados aos utentes que possuam rede de suporte social e não se possam deslocar de forma autónoma às unidades de saúde, mas cuja situação clínica não requer internamento.
- Nomear sugestões para futuras investigações realizadas nesta área.

3.2.2. Descritores e palavras-chave

A pesquisa das publicações nas bases de dados foi realizada:

- Na Pubmed de acordo com os seguintes termos MeSH ou palavras-chave: ("Quality Indicators, Health Care"[MeSH] OR "performance indicators" OR "performance measurement" OR "quality indicators" OR "quality assurance" OR "Benchmarking"[MeSH]) AND ("Home Care Services, Hospital-Based"[MeSH] OR "home-based primary care" OR "Home Nursing"[MeSH] OR "Home Care Services"[MeSH] OR "home health care" OR "home care teams").
- Na Scopus e na Web of Science foram utilizadas as mesmas palavras-chave com as adaptações necessárias: ("Health Care Quality Indicators" OR "performance indicators" OR "performance measurement" OR "quality indicators" OR "quality assurance" OR "Benchmarking") AND ("Hospital-Based Home Care Services" OR "home-based primary care" OR "Home Nursing" OR "Home Care Services" OR "home health care" OR "home care teams").

3.2.3. Fontes de informação

Neste estudo, o nosso foco centrou-se nos trabalhos publicados em revistas especializadas. Através das palavras-chave e dos descritores acima mencionadas, recorreu-se às bases de "Pubmed", "Scopus" e "Web of Science", tendo o levantamento sido feito a 08/09/2022.

3.2.4. Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes:

- Artigos que apresentem no título os descritores supramencionados;
- Artigos empíricos e focados nos indicadores que refletem a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelas ECCI ou por estruturas similares;
- Artigos publicados em revistas científicas;
- Artigos com resumo e texto completo;
- Artigos de "free access";
- Artigos que estavam nos sites oficiais consultados durante a pesquisa.

Os estudos foram incluídos quando:

-Estudos cujos participantes fossem utentes que necessitassem de cuidados de saúde, mas que por várias razões não se podem deslocar a unidades de saúde para receber cuidados de saúde, mas que cumulativamente não reuniam critérios de hospitalização domiciliária;

-Estudos realizados sobre qualquer das três áreas da qualidade organizacional em relação aos cuidados de saúde integrados prestados no domicílio; ficando incluídos quaisquer fatores relacionados com Melhoria Contínua da Qualidade, com a Segurança, ou com a Centralidade no Cidadão;

-Estudos realizados nos países referidos;

Como, também já foi referido anteriormente vai ser assumido o conceito “home based primary care” para comparação internacional;

-Estudos dos últimos 10 anos.

3.2.5. Critérios de Exclusão

Além de definir critérios de inclusão, tornou-se pertinente definir também critérios de exclusão.

Como tal, de entre todos os artigos selecionados, os que continham os critérios abaixo identificados, foram excluídos:

- Não focados nos indicadores que refletem a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelas ECCL ou por estruturas similares;
- Não empíricos;
- Escritos em formato de dissertação, ata de conferência ou artigo de opinião;
- Revisões da literatura;
- Texto completo não encontrado, após os melhores esforços da parte do autor;
- Não escritos em inglês;
- Não se referirem a cuidados prestados a adultos ou idosos;
- Se referiam a cuidados paliativos;
- Se referiam a cuidados muito específicos relativamente a uma patologia em concreto;

3.2.6. Seleção dos artigos

Os artigos foram selecionados nas bases Pubmed, Scopus, Web of Science. Fase um (pesquisa inicial, nas bases Pubmed, Scopus, Web of Science): Pesquisa inicial no PubMed com a aplicação termos MeSH ou palavras-chave, destes

resultaram 1247 artigos e nas bases Scopus, Web of Science, resultaram 1159 e 77 artigos respectivamente, perfazendo um total de 2483 artigos;

Fase dois (segunda pesquisa): foram aplicados os critérios de exclusão e de inclusão, resultando 40, 13 e 33 artigos, respectivamente nas bases pesquisadas, num total de 86 artigos;

Fase três (terceira pesquisa): Foram revistas as listas de referência de todos os estudos incluídos.

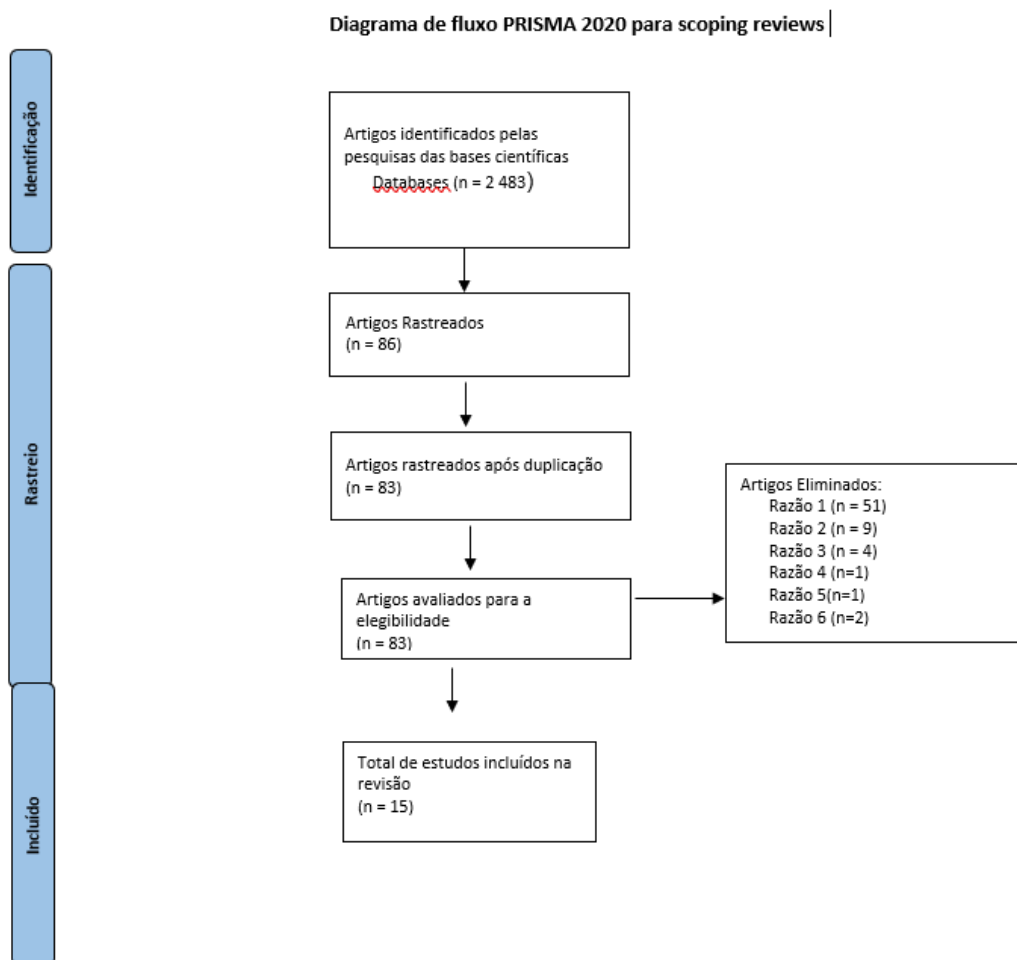
Assim na base Pubmed, dos 40 artigos iniciais: 32 focavam-se em temas que não eram do âmbito do estudo (razão 1), 2 referia-se a cuidados paliativos (razão 2), 2 referiam-se á realidade do Canadá e outro da Suíça (razão 3). E, 3 artigos estavam repetidos. Ficando selecionado 1 artigo.

Na base Scopus, dos 33 artigos selecionados: 6 referiam-se a cuidados paliativos (razão 2), 12 não eram do âmbito do tema deste estudo (razão 1), 2 era necessário serem adquiridos aos autores (razão 6), 2, em que um fazia referência ao trabalho realizado na Africa do Sul e outro no Canadá (razão 3) e 1 era uma conferência (razão 5). Ficando para análise 10 artigos.

Na base Web of Science, dos 13 artigos selecionados: 7 não eram do âmbito deste estudo (razão 1), 1 referia-se a cuidados paliativos (razão 2), e 1 era uma revisão sistemática (razão 4). Ficando para análise 4 artigos.

Após a remoção dos artigos duplicados, restaram 15 artigos para análise. (anexo1)

O fluxograma abaixo mostra o processo de obtenção da amostra final (Figura 1):



Fonte:<http://www.prisma-statement.org/>

Figura 1: Diagrama de fluxo PRISMA 2020 para scoping reviews, Fonte:<http://www.prisma-statement.org/>

Na quarta fase da pesquisa, foi incluído um segundo revisor externo, conforme recomendado por Peters et al. (2020), de forma a reforçar a fiabilidade do processo de seleção e análise dos estudos incluídos. No âmbito desta revisão, assumi enquanto autora o papel de Pesquisadora A, sendo responsável pelo planeamento da pesquisa, elaboração do protocolo, condução da pesquisa sistemática, seleção dos estudos, compilação e interpretação dos resultados, redação do manuscrito final e respetiva submissão.

O Pesquisador B, que atuou como revisor adicional, participou ativamente na análise crítica dos artigos selecionados, contribuindo para a interpretação dos resultados. Em situações de divergência, foi sempre possível alcançar consenso através de discussão estruturada, o que permitiu a inclusão fundamentada dos

estudos nas tabelas analíticas criadas para responder às questões que orientaram esta *scoping review*.

De acordo com o protocolo previamente estabelecido, todos os artigos incluídos foram sistematicamente organizados numa matriz, cujas características estão descritas na Tabela 4.

| |
|--|
| Título da Revisão: |
| Questão: |
| Critérios de inclusão (PCC): |
| População: |
| Conceitos: |
| Contexto: |
| Autor/es: |
| Título: |
| Ano de Publicação: |
| Pais de origem: |
| Objetivos: |
| Metodologia/métodos: |
| Fontes de pesquisa utilizadas: |
| Interpretação desenvolvida: |
| Nível de evidencia alcançado (se aplicável) |
| Contributos para a questão de revisão: |

Tabela 4: Extração de Dados, no formato proposto pelo JBI. Fonte: (Salvador et al., 2021)

Capítulo 4. RESULTADOS

Dado tratar-se de uma *scoping review*, cujo objetivo é sintetizar o estado da arte sobre a informação existente relativa à qualidade organizacional das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), foram desenvolvidas três tabelas analíticas, nas quais se organizou a totalidade da informação extraída dos 15 artigos selecionados. A estruturação dos dados teve como finalidade responder às três questões orientadoras previamente definidas para este trabalho.

Importa ressaltar que, ao longo da presente revisão, se optou por utilizar o conceito de "qualidade organizacional", em detrimento do termo mais genérico "qualidade", uma vez que foi esta a designação adotada no contexto nacional

português e que melhor integra as subáreas específicas que se pretende avaliar, tais como gestão, coordenação, recursos humanos e processos organizacionais.

Para efeitos de comparação internacional de indicadores, foram incluídos apenas estudos referentes a sete países: Dinamarca, Alemanha, Países Baixos, Suécia, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos da América. Foram, por conseguinte, excluídos os estudos realizados no Canadá e na Suíça, dado que não abordámos previamente, na revisão da literatura, os modelos de prestação de cuidados de saúde nesses países. Assim, a sua inclusão poderia comprometer a coerência analítica e metodológica da comparação, na medida em que os referenciais conceptuais e organizacionais subjacentes não foram previamente explorados.

Para efeitos de transparência e sistematização, na Tabela 5 apresenta-se a distribuição dos estudos incluídos por país (ou comunidade supranacional) e respetivo ano de publicação, permitindo visualizar a proveniência geográfica da evidência analisada, bem como a sua atualidade.

| Estudo | País /Comunidade | Ano |
|--------|------------------|------|
| 1 | EUA | 2019 |
| 2 | União europeia | 2019 |
| 3 | EUA | 2018 |
| 4 | EUA | 2018 |
| 5 | EUA | 2018 |
| 6 | EUA | 2017 |
| 7 | Reino Unido | 2015 |
| 8 | Reino Unido | 2016 |
| 9 | EUA | 2015 |
| 10 | EUA | 2015 |
| 11 | União Europeia | 2015 |
| 12 | União Europeia | 2019 |
| 13 | União Europeia | 2017 |
| 14 | Países Baixos | 2017 |
| 15 | Suíça | 2021 |

Tabela 5: Distribuição geográfica e por ano da produção científica

A análise dos 15 estudos incluídos revela uma maior concentração de publicações provenientes dos Estados Unidos da América, com um total de oito artigos. Seguem-se os estudos provenientes da União Europeia, com quatro publicações, e do Reino Unido, com dois artigos. Apenas um estudo foi identificado

relativo aos Países Baixos, e outro à Suíça. Nenhum artigo elegível foi identificado relativamente à Dinamarca, Alemanha, Suécia ou Espanha, países inicialmente previstos na seleção para comparação.

É importante referir que a opção metodológica pela inclusão de literatura em língua inglesa poderá ter constituído uma limitação no processo de identificação de estudos relativos a alguns destes países. No entanto, constata-se que a temática da qualidade organizacional das ECCI ou estruturas equivalentes é atual e relevante, como demonstra a existência de trabalhos publicados nos anos mais recentes, incluindo no último ano da pesquisa.

O objetivo central desta revisão foi reunir e sistematizar informação que permitisse compreender as metodologias utilizadas na avaliação da qualidade organizacional das ECCI (ou equipas com funções semelhantes) nos diferentes contextos internacionais. Conforme verificado na revisão bibliográfica, a sistematização da informação deve basear-se em referenciais reconhecidos internacionalmente, possibilitando a construção de elementos de comparação estruturados.

Neste sentido, foi adotado como referencial analítico o modelo clássico de Donabedian. Este, avalia a qualidade dos serviços de saúde, organizando os indicadores em três dimensões fundamentais:

- Estrutura, refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais disponíveis;
- Processos, dizem respeito às atividades e intervenções desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados;
- Resultados, relacionam-se com os efeitos da prestação dos cuidados na saúde dos utentes.

A aplicação deste modelo possibilitou a organização sistemática da informação extraída dos estudos incluídos, servindo de base à análise comparativa subsequente.

| Avaliação da qualidade segundo a Tríade de Donabedian | Estudo 1 | Estudo 2 | Estudo 3 | Estudo 4 | Estudo 5 | Estudo 6 | Estudo 7 | Estudo 8 | Estudo 9 | Estudo 10 | Estudo 11 | Estudo 12 | Estudo 13 | Estudo 14 | Estudo 15 | Total: |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Resultados: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Clínico: morte/complicações | x | | | | x | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | 11 |
| 2. Económicos: dias de internamento/custos diretos | x | | x | x | | | x | x | x | x | x | | x | | x | 10 |
| 3. Resultados: Grau de satisfação /qualidade de vida | x | x | x | x | x | | | x | x | x | x | x | x | x | x | 13 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Processo: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i. Conjunto de atividades desenvolvidas durante o processo de cuidados: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i. Enfermeiros | x | | | x | x | x | x | | x | x | | x | x | x | x | 11 |
| ii. Auxiliares | x | x | | | | x | x | | x | x | | x | x | | x | 9 |
| iii. Utentes | | | | x | | | | | | | x | | | | x | 3 |
| iv. Cuidadores | | | | x | | | x | | | x | x | | | | | 4 |
| v. Outros profissionais de saúde | | | | x | | | | | | x | | | | | | 2 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura: | | | | | x | x | | | x | | | | | | x | 4 |
| 1. Recursos físicos | | | | | x | x | | | x | | | | | | x | 4 |
| 2. Recursos humanos | x | | | | x | x | | | x | | x | x | x | x | x | 9 |
| 3. Recursos materiais e financeiros | | | | | x | | x | | x | | x | | | | x | 5 |

Tabela 6: Avaliação da qualidade segundo a Tríade de Donabedian. Fonte: elaboração própria

Os resultados obtidos revelam uma maior ênfase na dimensão dos resultados (outcomes), enquanto principal área de avaliação da qualidade organizacional. Esta prioridade é compreensível, dado que os indicadores de resultado refletem os efeitos reais dos cuidados prestados na saúde dos indivíduos e, por conseguinte, são particularmente valorizados pelos stakeholders institucionais e clínicos. Entre estes, ganham especial destaque os indicadores relacionados com a qualidade de vida, nomeadamente os que traduzem ganhos de funcionalidade ou redução da dependência, por serem indicadores diretamente sensíveis à intervenção clínica e social.

Paralelamente, a dimensão processo também se encontra fortemente representada. Esta diz respeito ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados, tanto por profissionais de saúde como por utentes e seus cuidadores. De acordo com Ibrahim (2001), os indicadores de processo devem estar fundamentados na evidência científica disponível e na coerência com o conhecimento clínico atual, pois traduzem a adequação (ou não) dos cuidados prestados às necessidades da população. Os estudos incluídos nesta revisão destacam, de forma recorrente, os profissionais de enfermagem como principais responsáveis pela execução dos cuidados nas ECCI ou estruturas similares, sendo ainda referidas associações positivas entre a intervenção destes profissionais e resultados clínicos e económicos favoráveis.

A dimensão estrutura, embora menos destacada, surge em diversos estudos sob a forma de referências aos recursos humanos disponíveis, à organização interna das equipas e, em menor grau, aos recursos materiais e financeiros. Esta menor representação pode indicar que os estudos focam, prioritariamente, os efeitos e os processos, relegando os fatores estruturais para uma análise secundária.

Por fim, importa recordar que esta *scoping review* foi delineada com o propósito de responder a três questões orientadoras fundamentais, que serão exploradas em detalhe nas secções seguintes.

1. Conhecer quais das três subáreas em que a operacionalização da qualidade organizacional tem maior investimento, se na Melhoria Contínua da Qualidade, na Segurança, ou na Centralidade no Cidadão.

| Estudos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Total: |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|--------|
| Sub áreas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Melhoria contínua da qualidade | | X | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X |
| Segurança | X | X | | | | X | X | | X | X | X | | X | X | | 9 |
| Centralidade no Cidadão | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |

Tabela 7: Distribuição da qualidade organizacional pelas subáreas. Fonte: elaboração própria

Na Tabela 7, os estudos foram organizados segundo três subáreas específicas da qualidade organizacional: *Melhoria Contínua da Qualidade*, *Segurança e Centralidade no Cidadão*. Esta organização permitiu identificar de forma sistemática quais dimensões foram abordadas em cada estudo, facilitando a análise comparativa entre os contextos, os enfoques metodológicos e a profundidade das abordagens.

Os resultados obtidos revelam que a subárea com maior representação nos estudos analisados é a da centralidade no cidadão, presente em 14 dos 15 artigos. Esta dimensão reflete a preocupação com a experiência do utente e a medição dos ganhos efetivos em saúde, nomeadamente no que respeita à funcionalidade, à autonomia e à perceção subjetiva da qualidade dos cuidados.

A melhoria contínua da qualidade surge também como uma área com elevado investimento, igualmente identificada em 14 estudos. Esta subárea evidencia o compromisso das instituições com a avaliação sistemática e o aperfeiçoamento permanente dos processos assistenciais, promovendo ciclos de melhoria sustentados e baseados em evidência.

Por outro lado, a segurança do utente, embora presente em 9 estudos, é ainda menos transversal. Este dado sugere que, apesar da sua importância reconhecida a nível internacional, a operacionalização sistemática de indicadores de segurança nos cuidados domiciliários e integrados ainda não está plenamente consolidada nos contextos analisados.

Importa reforçar que a evidência da qualidade e a sua mensuração rigorosa são fatores cruciais para a melhoria da prestação de cuidados, podendo condicionar significativamente os resultados em saúde. Como tal, a ausência de abordagens sistemáticas em subáreas críticas como a segurança pode comprometer a fiabilidade e o impacto dos sistemas de avaliação.

A evidência da qualidade e o seu apuramento rigoroso são elementos centrais na avaliação dos sistemas de saúde, uma vez que condicionam diretamente os resultados em saúde e a capacidade de resposta das organizações. Assim, para além da identificação das subáreas mais abordadas, esta *scoping review* pretendeu também:

2. Reconhecer quais os indicadores mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade organizacional das equipas que prestam cuidados de saúde integrados aos utentes que possuam rede de suporte social e não se possam deslocar de forma autónoma às unidades de saúde, mas cuja situação clínica não requer internamento

Em Portugal, os indicadores utilizados para medir a qualidade organizacional das ECCI encontram-se formalizados no processo de contratualização entre o ACES-ARS e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2022).

O país adota uma abordagem centrada em domínios institucionais, organizando os indicadores de qualidade organizacional em três subáreas principais:

1. Melhoria Contínua da Qualidade
2. Segurança
3. Centralidade no Cidadão

No entanto, a sua construção metodológica difere substancialmente das abordagens internacionais, especialmente no que diz respeito à centralidade nos resultados do utente (patient outcomes). Os indicadores são, em grande parte, de natureza processual ou de autoavaliação institucional, com fraca incorporação de medidas objetivas de resultado.

Por exemplo, o indicador 430, designado como “centralidade no cidadão”, avalia indiretamente a satisfação dos utentes com base em questionários de satisfação e mecanismos de escuta institucional, como a existência de comissões de utentes. Trata-se, por conseguinte, de um indicador de perceção subjetiva e de processo, e não de um *outcome* mensurável tal como definido nos referenciais internacionais.

De igual modo, o indicador 428, relativo à “segurança do utente”, baseia-se numa checklist de autopreenchimento, que avalia a existência de documentação relativa à monitorização de riscos e à implementação de melhorias. Ainda que pertinente, não se traduz em dados objetivos nem em resultados clínicos mensuráveis, o que limita a sua comparabilidade com os padrões internacionais.

Apesar disso, o domínio "Desempenho Assistencial" integra indicadores com maior proximidade aos modelos internacionais, tais como:

- Taxas de hospitalização por fratura do colo do fémur (372)
- Proporção de utentes com ganhos funcionais (387)
- Melhoria na gestão do stress por parte dos cuidadores (376)
- Controlo da dor em contexto paliativo (367)
- Prevenção, incidência e resolução de úlceras de pressão (285, 287,377)
- Efetividade na gestão da dor e dependência (289, 290)
- Internamentos evitáveis em utentes integrados na ECCI (291)

A presente análise evidencia que os indicadores atualmente utilizados se encontram dispersos e não estruturados de forma sistemática segundo uma lógica funcional ou centrada no utente, em contraste com os sistemas mais integrados, como os baseados no RAI-HC, que abordaremos adiante. Contudo, apesar das limitações

metodológicas, importa reconhecer que os indicadores nacionais contemplam, ainda que de forma parcial, as dimensões fundamentais da qualidade organizacional definidas por Busse et al. (2019):

1. Efetividade, através de indicadores de melhoria funcional e controlo sintomático;
2. Segurança, ainda que limitada a avaliações qualitativas e processuais;
3. Centralidade no utente (Responsiveness), medida sobretudo via instrumentos de satisfação.

A integração destes pilares na avaliação da qualidade organizacional é, essencial para garantir alinhamento com as melhores práticas internacionais e promover a comparabilidade e qualidade dos cuidados prestados.

No plano internacional, os indicadores utilizados para medir a qualidade organizacional das equipas de cuidados domiciliários são predominantemente orientados para os resultados do utente.

Temos, os indicadores propostos pelo InterRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs) (Foebel et al., 2015), que se organizam em três categorias principais:

- Functional quality indicators, como melhoria ou declínio em atividades da vida diária (ADL/IADL), cognição e comunicação;
- Clinical quality indicators, incluindo controlo da dor, quedas, alterações de humor ou perda de peso;
- Social and service clinical indicators, como vacinação, utilização dos serviços de urgência, e sofrimento do cuidador.

Estes indicadores são operacionalizados através do instrumento Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC), amplamente recomendado pela União Europeia, EUA e Canadá (Wagner et al., 2020).

Este instrumento revela que, cada indicador é classificado segundo três dimensões:

- O (Outcome): resultado mensurável no estado de saúde;
- P (Process): medida associada ao processo de cuidado;
- I (Incidência): variação entre dois momentos;
- Prevalência: fotografia em momento único.

Reforçando que o modelo internacional é orientado para a medição quantitativa, padronizada e comparável de resultados clínicos e funcionais.

O Reino Unido, por meio do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), segue uma linha semelhante, dando especial ênfase à efetividade, segurança

e continuidade dos cuidados, com indicadores centrados no acompanhamento de pessoas com doenças crónicas nos cuidados de saúde primários.

| Dimensão | Portugal (ACSS, 2022) | Internacional (InterRAI / RAI-HC) |
|--------------------------------|---|--|
| Efetividade | Parcialmente incluída em "Desempenho Assistencial" com indicadores funcionais dispersos | Central, com múltiplos indicadores de declínio/melhoria funcional, dor, nutrição |
| Segurança | Avaliada por checklist e perceção institucional (ex.: indicador 428) | Baseada em eventos objetivos: quedas, lesões, dor não controlada |
| Centralidade no utente | Indicador 430 – baseado na satisfação e participação | Avaliada por estado funcional, autonomia, bem-estar psicossocial |
| Tipo de Indicadores | Processuais, qualitativos, institucionais | Quantitativos, orientados para o utente, padronizados |
| Instrumentos utilizados | IDS (instrumento de contratualização) | RAI-HC, ADLH, ASCOT |

Tabela 8- Comparação entre Portugal e os Instrumentos utilizados Internacionalmente.

Fonte: elaboração própria

Com base nesta análise comparativa, constata-se que, embora Portugal alinhe nominalmente com as três dimensões da qualidade organizacional (efetividade, segurança e centralidade no cidadão), a operacionalização dos seus indicadores ainda assenta maioritariamente em processos internos e perceções subjetivas. Em contraste, os indicadores internacionais recomendados pela União Europeia, WHO e National Institute for Health and Care Excellence (NICE) priorizam a medição objetiva de resultados clínicos e funcionais, com maior utilidade comparativa e valor regulatório e aplicabilidade à melhoria continua dos cuidados.

Importa, por isso, que Portugal avance para a integração progressiva de indicadores baseados em resultados do utente, em linha com os referenciais propostos por Busse et al. (2019), Wagner et al. (2020) e Foebel et al. (2015), para reforçar a transparência, equidade e qualidade dos cuidados domiciliários integrados, promovendo simultaneamente a accountability institucional.

Importa ainda, destacar que os países com maior maturidade nesta área complementam a avaliação da qualidade organizacional com instrumentos como o ADL Hierarchy Scale (ADLH), que mede o estado funcional, e o ASCOT, que avalia o bem-estar e a qualidade de vida em contexto domiciliário. Estes instrumentos são particularmente valorizados em sistemas que priorizam o acompanhamento longitudinal e personalizado de utentes com condições crónicas, no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Conforme foi reiterado ao longo deste trabalho de campo, determinados artigos foram excluídos por incidirem exclusivamente sobre cuidados paliativos. No entanto, apesar da delimitação metodológica inicialmente estabelecida, constatou-se que estes estudos também abordavam a qualidade dos cuidados prestados no domicílio, tendo por base as três dimensões fundamentais: segurança, centralidade no utente e efetividade. Além disso, evidenciavam a necessidade de articulação e, por vezes, de sobreposição funcional entre os diferentes níveis de cuidados, em particular com os cuidados de saúde primários. Por estas razões, considerou-se pertinente a sua inclusão na presente análise, nomeadamente com base no contributo do estudo *Home-Based Primary Care and Palliative Care Quality-of-Care Domains, Standards, and Measurement Gap Areas* (Leff et al., 2015).

O Reino Unido, através do NICE, tem vindo a destacar-se pela adoção de abordagens inovadoras na definição da qualidade dos cuidados domiciliários e comunitários. Os *quality standards* desenvolvidos por esta entidade, acessíveis em <https://www.nice.org.uk/guidance/published?q=home+care&ndt=Quality+standard>, refletem uma orientação moderna e centrada no utente, ao estabelecerem indicadores mensuráveis que promovem a continuidade, a personalização e a efetividade dos cuidados, particularmente no seguimento de pessoas com doenças crónicas no âmbito dos cuidados de saúde primários. Esta abordagem representa um avanço significativo na integração de métricas orientadas por resultados e centradas na experiência do utente.

Pela análise destes estudos percebeu-se que ainda importa reconhecer que, embora a terminologia adotada no contexto nacional, como “centralidade no cidadão” ou “segurança do utente”, seja aparentemente equivalente à utilizada noutros países, a forma como esses conceitos são operacionalizados difere significativamente. Em sistemas como os dos EUA, Reino Unido ou Países Baixos, a avaliação da qualidade é realizada com base em dados objetivos, padronizados e orientados para os resultados obtidos pelos utentes. Em Portugal, grande parte dos indicadores continuam a assentar em checklists institucionais, perceções de satisfação e autoavaliações documentais, o que limita a sua validade externa e a sua comparabilidade.

As diferenças identificadas decorrem, em grande medida, de dois conjuntos de fatores:

1. Pressões do lado da procura, associadas às características estruturais dos sistemas de saúde, como a composição demográfica, a capacidade instalada, e a abrangência dos cuidados primários;

2. Restrições do lado da oferta, resultantes das tradições administrativas, jurídicas e organizacionais de cada país, que influenciam diretamente o tipo de dados disponíveis e os modelos de construção dos indicadores.

Por conseguinte, a análise realizada permite concluir que a qualidade organizacional nos cuidados domiciliários integrados deve ser entendida como um conceito multidimensional e contextualmente dependente. A comparabilidade internacional, embora desejável, requer harmonização metodológica, especialmente na forma como os resultados são definidos, recolhidos e integrados nos modelos de contratualização e regulação.

Em última instância, o valor máximo da prestação de cuidados de saúde no domicílio não reside na padronização absoluta, mas sim na promoção da equidade, assegurando que os modelos organizacionais respondem de forma eficaz à complexidade e heterogeneidade dos perfis dos utentes, contribuindo para um sistema de saúde mais justo, centrado na pessoa e baseado em evidência.

Capítulo 5. CONCLUSÃO

A análise realizada neste trabalho de campo permite concluir que os sistemas de saúde, tanto a nível europeu como global, têm vindo a evoluir com o objetivo de melhorar o desempenho dos serviços e responder de forma mais eficaz aos novos desafios emergentes. Entre estes desafios destacam-se o envelhecimento demográfico, o aumento da complexidade clínica da população, a elevada prevalência de comorbilidades, bem como a crescente escassez de recursos humanos e a necessidade de garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A pandemia de COVID-19 veio evidenciar, de forma acentuada, estas fragilidades estruturais e operacionais, reforçando a urgência de uma mudança profunda de paradigma.

Os cuidados de saúde devem estar centrados no utente e nas suas reais necessidades reais, tendo como objetivos melhor a sua funcionalidade e dependência. Tal como já implementado em alguns países, é fundamental a introdução da figura do gestor de caso, responsável por garantir a continuidade e coordenação dos cuidados ao longo dos diferentes níveis do sistema, evitando que o doente ou a sua família tenha de recorrer, de forma fragmentada, a múltiplas instituições para obter respostas adequadas.

Os dados analisados evidenciam que as competências técnicas dos diversos profissionais envolvidos no processo assistencial devem ser maximizadas e articuladas de forma eficiente, garantindo uma utilização racional e sustentável dos recursos. A otimização da diferenciação técnica, sobretudo num contexto de escassez

generalizada de recursos humanos, constitui uma estratégia essencial para garantir a sustentabilidade dos cuidados prestados.

A escassez de recursos na saúde é uma realidade universal por isso uma das formas de aumentar a sustentabilidade é rentabilizar as suas diferenças técnicas.

Os estudos convergem na importância do investimento em recursos humanos como condição estruturante para a prestação de cuidados mais eficazes, seguros e custo-efetivos. Tal investimento traduz-se numa menor incidência de complicações evitáveis, numa maior antecipação de necessidades e, conseqüentemente, numa redução de custos associados ao internamento e à institucionalização.

Outros dos aspetos realçados nos estudos encontrados, é que deve existir um investimento na padronização (esta não deve ser apenas nos dados que pretendemos obter, mas também no tipo de equipa, no rácio profissional/utente, nos equipamentos e tecnologias disponíveis, e entre outros). Para existir comparabilidade adequada todas as equipas devem ser constituídas da mesma forma e ter a sua disposição os meios semelhantes para a prestação de cuidados.

A diversidade encontrada na definição, operacionalização e aplicação de indicadores reforça que a qualidade organizacional nos cuidados domiciliários integrados é um conceito multidimensional, cujo valor depende da sua adequação contextual e da capacidade de refletir verdadeiramente as necessidades e experiências dos utentes. A comparabilidade internacional exige maior harmonização metodológica, sobretudo na forma como os resultados clínicos e funcionais são definidos, recolhidos e utilizados para fins regulatórios. Neste sentido, Portugal deverá considerar a evolução progressiva para modelos orientados por resultados, abandonando gradualmente os indicadores baseados em perceção e autoavaliação institucional.

A qualidade, entendida como um prisma com múltiplas faces, só pode ser assegurada se os sistemas de avaliação forem construídos com base em instrumentos rigorosos, participativos e sensíveis à complexidade dos contextos de cuidado. O valor máximo da prestação de cuidados de saúde no domicílio deve, assim, residir na equidade e não na igualdade, garantindo respostas diferenciadas, adequadas e justas para todos os utentes.

Adicionalmente, destaca-se a importância da articulação intersectorial e da governança territorial partilhada. As autarquias, enquanto estruturas de proximidade e intervenção social, devem ser envolvidas na mitigação de barreiras como o isolamento, a acessibilidade geográfica e a adequação dos contextos habitacionais. Do mesmo modo, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), enquanto atores relevantes na prestação de cuidados e apoio social, devem integrar

plenamente as redes locais de cuidados domiciliários integrados, contribuindo para uma resposta mais coesa, contínua e centrada na pessoa. A ausência de um quadro formal de integração destas entidades e a fragmentação de competências entre estruturas do Ministério da Saúde e da Segurança Social representam limitações estruturais à eficácia do modelo nacional de cuidados continuados.

Em Portugal, a inexistência de uma entidade própria para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), associada à sua inserção simultânea em duas estruturas organizacionais distintas, compromete a sua autonomia funcional e dificulta o seu desenvolvimento sustentado, contribuindo para níveis elevados de insatisfação e ineficiência. A superação destes constrangimentos exige uma reforma estrutural assente em clareza institucional, mecanismos de coordenação eficazes e modelos de financiamento adequados à natureza integrada dos cuidados.

5.1. Limitações da Investigação

No desenvolvimento deste trabalho verificaram-se seis importantes limitações. Uma tem a ver com a disparidade nos vários modelos de prestação de cuidados no domicílio, em algumas situações estão associados aos cuidados de saúde primários como é o caso de Portugal e Espanha e Reino Unido, mas na maioria dos casos são equipas mistas não só no financiamento como na tutela, que prestam este cuidado. Daí existir uma diversidade nos modelos de prestação de cuidados, que só por si são difíceis de avaliar e conseqüentemente comparar. Outra, das importantes limitações tem haver com o conceito taxonómico. Internacionalmente o conceito generalista utilizado é o LTC, mas, depois surgem uma multiplicidade de conceitos, “home-based primary”, “medicare home health care”, tornando difícil a sua seleção.

Por outro lado, apesar existir a figura da ECCI, esta está enquadrada dentro de uma outra unidade a UCC. E esta é que tem figura jurídica para estabelecer negociações com o ACES e com a Tutela.

As comparações internacionais realizadas colocam consideráveis problemas metodológicos, pois os reguladores operam frequentemente dentro de paisagens complexas e nacionalmente distintas. Os cuidados podem ser estatais e não estatais, e desta forma as seguradoras que são responsáveis pelos cuidados podem ter desenvolvido os seus próprios indicadores de qualidade dos cuidados de saúde para fins sobrepostos ou diferentes.

Durante a realização desta scoping review, foram sentidas também como limitações, o reduzido número de estudos encontrados que respondessem aos

critérios de inclusão, a inexistência de artigos que descrevessem a avaliação da qualidade em ECCI em Portugal e que estivessem escritos em inglês e a dificuldade de acesso a alguns estudos identificados como potencialmente interessantes. Outra das limitações sentidas prende-se com o facto de que nem todos os estudos identificaram indicadores para cada subárea o que dificultou a análise comparativa dos diferentes trabalhos e a interpretação dos dados. Considerando o tempo limitado para a realização do estudo, podemos ter deixado de fora alguns estudos relevantes.

5.2. Sugestões de Investigação

Que lacunas e recomendações são identificadas na literatura para orientar futuras investigações nesta área?

A resposta a esta questão era o último do objetivo que nos propusemos. Para futuras investigações, sugere-se que sejam realizado estudos comparativos entre o desempenho das ECCI com aplicação do Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI-HC e os atuais indicadores.

Outra sugestão prende-se com o alargar os critérios de inclusão, bem como a revisão dos descritores, numa tentativa de obter um maior número de estudos que permitam mais generalizações.

Capítulo 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2022). *Documentação sobre cuidados continuados integrados*. http://accsinternet-qua2.azurewebsites.net/category/cuidados-de-saude/continuados/?lang=pt#tab_documentacao
- AHRQ. (2022). *Quality indicators*. <https://qualityindicators.ahrq.gov/>
- AHRQ. (n.d.). *Examples of home health quality measures*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/setting/long-term-care/home-health/examples.html>
- AHRQ. (n.d.). *Six domains of health care quality*. <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
- Alves, E. C., et al. (2016). *Um novo modelo de acesso à inovação em saúde baseado em resultados*. The Boston Consulting Group.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(Suppl 1), 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>
- Beaussier, A. L., Demeritt, D., Griffiths, A., & Rothstein, H. (2020). Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. *Health Policy*, 124(5), 501–510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.012>
- Brodsky, J., Habib, J., & Hirschfeld, M. (Eds.). (2003). *Key policy issues in long-term care: The cross-cluster initiative on long-term care*. World Health Organization; JDC-Brookdale Institute.
- Brodsky, J., Hirschfeld, M., & Habib, J. (Eds.). (2003). *Long-term care in developing countries: Ten country case studies*. World Health Organization; JDC-Brookdale Institute.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (Eds.). (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Camacho Ballesta, J. A., Rodríguez, M., & Hernández, M. (2008). El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuadernos Geográficos*, 42(1), 37–52.
- Care Quality Commission. (2012). *Review of compliance*. Quality Health Care Services.

- Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M., ... & Klazinga, N. S. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2), 137–146. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004>
- Cavalcante, A. B., & Silva, E. (2007). Saúde baseada em evidências. *einstein: Educação Continuada em Saúde*, 5(4), 109–111.
- CEQUAL, IPQ, & UMP. (2008). *Manual de gestão da qualidade para cuidados continuados integrados: Manual da Qualidade e Manual de Instrumentos*. CEQUAL.
- Chiavenato, I. (2014). *Gestão de pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações* (4.ª ed.). Manole.
- Cordeiro, L., et al. (2019). Revisão de escopo: Potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BiS*, 1(1), 37–43.
- Costa, B. J. G. (2014). *Indicadores de eficiência no sistema de saúde dos EUA* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve].
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1.ª Série, n.º 38, 22 de fevereiro de 2008, pp. 1182–118.
- Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República, 1.ª Série-A, n.º 109, 6 de junho de 2006, pp. 3856–3865.
- De Jonge, K. E., et al. (2014). Effects of home-based primary care on Medicare costs in high-risk elders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(10), 1825–1831. <https://doi.org/10.1111/jgs.12974>
- Despacho n.º 15883/2013. Diário da República, 2.ª Série, n.º 236, 5 de dezembro de 2013, p. 35188.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 001/2019 de 25/01/2019 – Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso*. <https://www.dgs.pt>
- Dunn, J. D. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
- España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1998). *Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

- Filipe, M. M. L. (2015). *Contributo para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa].
- Foebel, A. D., et al. (2015). Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). *BMC Geriatrics*, 15, Article 148. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Hidalgo Caldentey, N. (2014). *Trayectoria de la Ley de Dependencia en España: Un derecho subjetivo para la ciudadanía* [Trabalho final, Universitat de les Illes Balears].
- Health Affairs. (2022). *Home-based primary care: How the modern day “house call” improves outcomes, reduces costs, and provides care where it’s most often needed*. <https://www.healthaffairs.org>
- Leff, B., et al. (2015). The invisible homebound: Setting. *Health Affairs*, 34(1), 21–29.
- Ležovič, M., et al. (2008). Long-term care in developed countries and recommendations for Slovak Republic. *Central European Journal of Public Health*, 16(1), 21–25. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3436>
- Lopes, M., & Sakellarides, C. (Eds.). (2021). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: Contributos para a gestão da mudança*. Imprensa da Universidade de Évora.
- Medicare.gov. (2022). *Home health compare*. <https://www.medicare.gov/care-compare/?providerType=HomeHealth&redirect=true>
- Medicare Interactive. (2022). *Differences between Medicare and Medicaid*. <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-coverage-overview/differences-between-medicare-and-medicare>
- Munn, Z., et al. (2018). Revisão sistemática ou revisão de escopo? Orientação para os autores ao escolher entre uma abordagem de revisão sistemática ou de escopo. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>

- National Health Service (UK). (2022). *Social care and support guide*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/introduction-to-care-and-support/>
- Nascimento, M. V. (2013). Análise da competitividade do transporte aéreo com base no nível de serviço percebido pelo usuário. *Journal of Transport Literature*, 7(1), 202–211. <https://doi.org/10.1590/s2238-10312013000100013>
- NICE. (2022). *Home care – Quality standards*. <https://www.nice.org.uk/guidance/published?q=home+care&ndt=Quality+standard>
- OECD & European Commission. (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>
- Peters, M. D. J., et al. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, M. D. J., et al. (2020). Capítulo 11: Revisões do escopo (versão 2020). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Portugal. (2009). Decreto-Lei n.º 134/2009, de 2 de junho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 106. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/134-2009-494477>
- Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. (2017). *Circular informativa n.º 1/2017/DRS/NFRNCCI/ACSS: Indicadores da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. ACSS. (2022). *Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2022*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. DGS. (2011). *Estrutura concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Departamento da Qualidade em Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. DGS. (2019). *Norma n.º 001/2019 de 25/01/2019: Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso*. Direção-Geral da Saúde.

- Portugal. Ministério da Saúde. MCSP. (2007). *A equipa de cuidados continuados integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Portugal. Ministério do Planeamento. (2021). *Recuperar Portugal construindo o futuro: PRR – Plano de Recuperação e Resiliência*.
- PRISMA. (2021). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. <http://www.prisma-statement.org/>
- PSSRU. (n.d.). *ASCOT – Adult Social Care Outcomes Toolkit*. <https://www.pssru.ac.uk/ascot/>
- Sakellarides, C., et al. (2021). *20 anos de relatórios de primavera: Percurso de aprendizagens*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Salvador, P. T. C. O., et al. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: Reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- The Commonwealth Fund. (2022). *International health policy center: System profiles*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*.
- Tricco, A. C., et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- ULSM. (n.d.). *ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados*. <https://www.ulsm.min-saude.pt/servicos/cuidados-de-saude-primarios/ecci-equipa-de-cuidados-continuados-integrados-4/>
- U.S. Government. (2022). *Medicaid and Medicare benefits*. <https://www.benefits.gov/benefit/302>
- Wagner, A., et al. (2020). Home care quality indicators based on the Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC): A systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05238-x>
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>

Apêndice 1 - Bibliografia dos artigos utilizados na revisão da literatura

1. Dick, A. W., Rahman, M., Brody, A. A., Ouslander, J. G., Bowles, K. H., & Zuckerman, R. B. (2019). Measuring quality in home healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(9), 1859–1865. <https://doi.org/10.1111/jgs.15963>
2. Van der Roest, H. G., van Hout, H. P. J., Jonker, A., Liperoti, R., Onder, G., Gindin, J., ... & Finne-Soveri, H. (2019). Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: Design, baseline, and rationale of the IBenC project. *BMC Health Services Research*, 19, Article 4109. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4109-y>
3. Middleton, A., Graham, J. E., Ottenbacher, K. J., & Karmarkar, A. M. (2018). Facility and geographic variation in rates of successful community discharge after inpatient rehabilitation among Medicare fee-for-service beneficiaries. *JAMA Network Open*, 1(7), e184332. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4332>
4. Ritchie, C. S., Leff, B., Garrigues, S. K., Leipzig, R. M., Mader, S. L., & Anderson, D. (2018). A quality-of-care framework for home-based medical care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(10), 818–823. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.05.020>
5. Heany, J., Altarum Institute, & Michigan Department of Health and Human Services. (2018). Monitoring quality across home visiting models: A field test of Michigan's home visiting quality assurance system. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 13–21. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2538-6>
6. Wang, Y., Bynum, J. P., & Skinner, J. (2017). Home health agency performance in the United States: 2011–15. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(12), 2572–2579. <https://doi.org/10.1111/jgs.14987>
7. Fraser, K. D., Estabrooks, C. A., Allen, M., & Strain, L. A. (2017). Data for improvement and clinical excellence: A report of an interrupted time series trial of feedback in home care. *Implementation Science*, 12(1), Article 94. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0600-1>
8. Fathi, R., Modin, H. E., & Riggs, J. A. (2016). Development of an interdisciplinary team communication framework and quality metrics for home-based medical care practices. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(8), 725–729.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.018>
9. Towers, A. M., Smith, N., Palmer, S., & Welch, E. (2015). Adapting the Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) for use in care home quality monitoring: Conceptual development and testing. *BMC Health Services Research*, 15, Article 304. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0942-9>
10. Foebel, A. D., Onder, G., Finne-Soveri, H., Lukas, A., Denking, M. D., Carfi, A., ... & Liperoti, R. (2015). Quality of care in European home care programs using the

- second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). *BMC Geriatrics*, 15, Article 148. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0146-5>
11. Leff, B., Carlson, C. M., Saliba, D., & Ritchie, C. S. (2015). The invisible homebound: Setting quality-of-care standards for home-based primary and palliative care. *Health Affairs*, 34(1), 21–29. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1008>
 12. Shafir, A., Garrigues, S. K., Zhou, Y., & Ritchie, C. S. (2016). Homebound patient and caregiver perceptions of quality of care in home-based primary care: A qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(8), 1622–1627. <https://doi.org/10.1111/jgs.14244>
 13. Van Hout, H. P. J., van der Roest, H. G., Jonker, A., & Achterberg, W. P. (2019). Signs of inequality? Variations in providing home health care across care organizations and across European countries in the IBenC study. *Health Services Insights*, 12, Article 1178632919837632. <https://doi.org/10.1177/1178632919837632>
 14. Van Eenoo, L., Declercq, A., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolová, V., Jónsson, P. V., ... & De Almeida Mello, J. (2018). Organizational home care models across Europe: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.013>
 15. Hogeveen, S. E., Chen, J., & Hirdes, J. P. (2017). Evaluation of data quality of interRAI assessments in home and community care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), Article 39. <https://doi.org/10.1186/s12911-017-0547-9>