

## **Construção de Indicadores de Qualidade em instituições de longa duração, através do método de Delphi**

*Susete Coelho Abrunhosa*

*José Ignácio Martim*

*Hélder Jaime Fernandes*

**Resumo:** O estudo visa criar um Framework de indicadores de qualidade para Unidades de Longa e Média Duração em Trás-os-Montes, Portugal, seguindo o modelo Donabedian. Utilizando uma revisão sistemática e o método Delphi com especialistas, foram avaliados e retidos indicadores com base na eficácia, relevância e viabilidade. Foram estabelecidos novos indicadores de estrutura, processo e resultado para ambas as unidades, destacando a importância do Plano Individual de Intervenção, Gestor de Caso e a Satisfação dos Utentes/Cuidadores, para melhorar a qualidade dos cuidados.

**Palavras-chave:** Indicadores de qualidade; cuidados de longa duração; método de Delphi.

### **Introdução**

À medida que a população mundial envelhece e as taxas de natalidade diminuem, testemunhamos uma transição demográfica global. As projeções indicam que até 2060, aproximadamente 30% da população terá 65 anos ou mais, com a expectativa de que esse índice seja duplicado até 2080, chegando a 300 idosos para cada 100 jovens (Portal Do INE, n.d.).

Paralelamente, em 2020, a taxa de invalidez entre pessoas com 85 anos ou mais aumentou para 34,7%, acompanhando a crescente prevalência de doenças crónicas (Jagger C, 2011). Portugal destaca-se como o terceiro país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com a maior proporção de pessoas acima de 65 anos a viver com duas ou mais doenças crónicas

(Campos, 2018). Essas mudanças demográficas e de saúde estão diretamente relacionadas ao aumento de idosos que enfrentam doenças crônicas, frequentemente resultando na redução da funcionalidade e no aumento da dependência (Slatyer et al., 2019). Projeções apontam para o aumento das limitações físicas em idosos, relacionadas a condições progressivas e declínios funcionais, devido ao envelhecimento e à crescente longevidade populacional. Isso ressalta a urgência de estratégias de saúde pública e intervenções direcionadas para atender às necessidades específicas da população idosa, especialmente considerando a complexidade da multimorbidade e do comprometimento funcional progressivo. Transformação demográfica e de saúde que também resulta numa crescente procura por serviços de cuidados de longa duração (European Union, 2021).

Nesse contexto, é fundamental aprimorar esses serviços, garantindo infraestrutura sólida, gestão eficaz e padrões de qualidade (Yi Qin, 2022). Além disso, os cidadãos têm expectativas crescentes em relação à transparência, regulamentação, informação e participação nas decisões relacionadas ao desempenho das instituições de cuidados de saúde (Saúde, 2012).

Para atender a essa crescente necessidade, Portugal criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, uma colaboração entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social, focada na prestação de cuidados de saúde e apoio social contínuos e integrados (Ministério da Saúde, 2006). A RNCCI representa uma inovação organizacional que opera como um sistema intermediário centrado no utente (Guerreiro, 2009).

Cujo objetivo é facilitar a transição entre os níveis de cuidados de saúde e promover a recuperação e reabilitação de pacientes com necessidades de cuidados pós-agudos ou de longo prazo (IP, 2017). Nesse cenário, a qualidade dos cuidados de saúde em instituições de longa duração desempenha um papel crucial. Medir a qualidade é fundamental para a gestão eficaz dos serviços de saúde (Kobayashi et al., 2011). No entanto, essa é uma tarefa complexa, dada a multidimensionalidade e complexidade do conceito de qualidade dos cuidados de saúde, que está intrinsecamente ligado à centralização do utente em todos os processos assistenciais, e requer uma integração eficaz dos processos e da estrutura institucional (DGS, 2014). A avaliação adequada da qualidade dos cuidados requer indicadores rigorosos e abrangentes que possam quantificar o impacto dos cuidados na saúde e no bem-estar dos utentes (Donabedian, 1988).

Portanto, o objetivo principal deste estudo é desenvolver um Framework de indicadores de qualidade fundamentado no modelo de Donabedian (2005) para avaliar as Unidades de Longa

Duração e Manutenção (ULDM) e Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) em Trás-os-Montes, Portugal. Este estudo visa fornecer uma ferramenta prática para profissionais focados na melhoria contínua da qualidade dos cuidados em ambientes de cuidados de longa duração, especialmente diante do aumento da população idosa e das suas necessidades complexas (Yi Qin, 2022).

## **Métodos**

Esta pesquisa foi conduzida utilizando uma abordagem metodológica abrangente para a seleção e avaliação de indicadores de qualidade em ULDM e UMDR. Foi realizada uma revisão da literatura internacional por meio da base de dados PubMed, usando os descritores "quality indicators," "nursing home," "long-term care," e "health care". Também foram recolhidos indicadores de qualidade institucionais testados numa ULDM e UMDR, e legislação nacional. A pesquisa recebeu autorização da Comissão de Ética, da Administração Regional de Saúde do Norte, e das instituições participantes, cujos profissionais constituem o painel de especialistas. Foi obtido o consentimento dos participantes, com a garantia de confidencialidade dos dados. Os critérios de inclusão para os especialistas incluíram formação académica superior, pelo menos 5 anos de experiência profissional na área da saúde e experiência no trabalho com indicadores de qualidade. O painel de especialistas era composto por catorze membros, incluindo enfermeiros, assistentes sociais, médicos, sociólogos e gerontólogos. Responderam às duas rodadas, 5 especialistas em UMDR, e 9 em ULDM

Os especialistas foram convidados a avaliar os indicadores de qualidade propostos em duas rodadas usando o método Delphi. Os indicadores foram organizados de acordo com o modelo de (Donabedian (2005) em três dimensões: estrutura, processo e resultado. Os especialistas avaliaram a eficácia, relevância e viabilidade (Bell et al., 2012) de cada indicador, atribuindo uma pontuação de acordo com uma escala de 9 pontos de Likert, onde 9 indicava forte concordância e 1 forte discordância. Um questionário eletrónico foi elaborado no Google Forms e enviado via e-mail aos participantes. O questionário tinha duas partes: a primeira parte era para a caracterização sociodemográfica dos respondentes, e a segunda parte continha os indicadores propostos para avaliar a qualidade dos cuidados. Os critérios para a retenção de indicadores para a segunda rodada foram definidos com base no coeficiente de concordância de Kendall (>30%), coeficiente de

variação (<25%), ou uma pontuação média superior a 7,2 (indicativo de uma concordância de 80%). Isso significava que indicadores com >80% de importância indicavam um forte consenso entre os especialistas. As respostas individuais dos participantes foram mantidas anônimas. Em ambas as rodadas, os especialistas tiveram a oportunidade de fornecer sugestões ou comentários adicionais para cada indicador.

## **Resultados e Discussão**

Apresentam-se em primeiro lugar os principais traços caracterizadores das duas amostras quanto ao tempo de serviço. Para ULDM é de 12,67 anos (desvio padrão 5,05) e para UMDR é de 13,80 anos (desvio padrão de 4,43). Ambas as amostras têm uma média de cerca de 10 anos de experiência na área de cuidados de saúde e aproximadamente 8 anos de experiência no trabalho com indicadores de qualidade. A amostra ULDM é mais heterogênea em termos de categorias profissionais e formação acadêmica, mas a maioria dos inquiridos em ambas as amostras são diretores técnicos, e há uma representação significativa de profissionais com formação acadêmica superior em enfermagem.

Relativamente ao IQ de estrutura em ULDM, na primeira rodada, os avaliadores tiveram diferenças significativas nas suas avaliações de eficácia, relevância e viabilidade (tabela 1). Na segunda rodada, essas percepções sobre a eficácia, relevância e viabilidade dos indicadores mudaram entre as duas rodadas ou houve inconsistências nas avaliações. Quanto aos indicadores de processo em ULDM, eficácia e relevância, na primeira rodada, os indicadores tiveram diferenças significativas nas suas avaliações de eficácia e relevância. Na segunda rodada, essas diferenças persistiram na eficácia, mas a relevância não mostrou uma diferença significativa. Isso pode indicar que as percepções sobre a eficácia dos IQ de processo permaneceram diferentes entre as rodadas, enquanto a relevância foi mais consistentemente avaliada na segunda rodada. A viabilidade dos IQ de processo não variou significativamente entre as rodadas. No que diz respeito aos IQ de resultado em ULDM, em ambas as rodadas, houve diferenças significativas nas avaliações de eficácia, relevância e viabilidade dos IQ, o que indica que os avaliadores tiveram percepções distintas.

Quanto à UMDR, os IQ de estrutura, mostram na primeira rodada, que não houve diferenças significativas nas avaliações de eficácia, relevância e viabilidade. Na segunda rodada,

houve uma diferença significativa na eficácia e relevância, indicando que as percepções sobre esses IQ mudaram entre as rodadas.

**Tabela 1:** Coeficiente de Concordância de Kendall (W) e Qui-Quadrado (X<sup>2</sup>), entre avaliadores, primeira e segunda rodada.

		1° Rodada			2° Rodada		
		W	X <sup>2</sup>	P value	W	X <sup>2</sup>	P value
<b>ULDM</b>	<b>Estrutura</b>						
	Eficácia	0,163	42,481	0,051	0,235	36,016	<0,05
	Relevância	0,182	47,425	<0,05	0,377	27,128	<0,05
	Viabilidade	0,168	43,844	<0,05	0,176	22,217	<0,05
	<b>Processo</b>						
	Eficácia	0,253	68,341	<0,001	0,184	16,548	0,085
	Relevância	0,347	93,824	<0,001	0,272	48,989	<0,001
	Viabilidade	0,141	38,201	0,145	0,111	14,031	0,447
	<b>Resultado</b>						
	Eficácia	0,278	197,479	<0,001	0,289	79,923	<0,001
	Relevância	0,183	135,812	<0,001	0,234	88,541	<0,001
	Viabilidade	0,201	144,903	<0,001	0,190	66,650	<0,05
<b>UMDR</b>	<b>Estrutura</b>						
	Eficácia	0,242	33,883	0,205	0,332	31,567	<0,05
	Relevância	0,268	37,502	0,108	0,346	36,331	<0,05
	Viabilidade	0,220	30,827	0,325	0,257	25,695	0,176
	<b>Processo</b>						
	Eficácia	0,448	67,258	<0,001	0,446	24,718	<0,001
	Relevância	0,454	68,046	<0,001	0,398	35,809	<0,05
	Viabilidade	0,345	51,737	<0,05	0,154	13,817	0,741
	<b>Resultado</b>						
	Eficácia	0,220	88,017	0,253	0,371	59,383	<0,05
	Relevância	0,319	127,538	<0,05	0,378	77,417	<0,05
	Viabilidade	0,237	94,931	0,122	0,339	76,617	<0,05

No que concerne ao IQ de processo em UMDR, eficácia e relevância, na primeira rodada, houve diferenças significativas nas avaliações. Na segunda rodada, essas diferenças persistiram na eficácia, mas a relevância não mostrou uma diferença significativa. Quanto à viabilidade, na primeira rodada, houve uma diferença significativa na avaliação, mas na segunda rodada, não houve diferença significativa. Relativamente aos IQ de resultado em UMDR, houve diferenças significativas nas avaliações de eficácia, relevância e viabilidade. Os resultados sugerem que, em algumas dimensões, as percepções dos avaliadores sobre eficácia, relevância e viabilidade variaram entre as duas rodadas de avaliação. Resultado que pode indicar mudanças nas prioridades, nas práticas de avaliação, ou nas condições das unidades ao longo do tempo.

As questões abertas não obtiveram nenhuma resposta, em ambas rodadas. A tabela 2 identifica os indicadores selecionados pelo painel de especialistas. Com base na análise, foram

identificados um total de 30 indicadores de estrutura, 31 de processo e 81 de resultado para a ULDM, enquanto para a UMDR, foram identificados 29 indicadores de estrutura, 31 de processo e 81 de resultado. Na segunda rodada de avaliação, houve uma exclusão significativa de indicadores em ambas as tipologias. Todos os indicadores que atenderam aos critérios pré-definidos permaneceram na segunda rodada.

**Tabela 2:** Resultados do questionário pós-painel de medidas que alcançaram 80% do consenso

Indicadores	Eficácia			Relevância			Viabilidade		
	Avaliação de concordância (X±DP)	CV X2	Forte concordância (%)	Avaliação de concordância (X±DP)	CV	Forte concordância (%)	Avaliação de concordância (X±DP)	CV	Forte concordância (%)
<b>Estrutura ULDM</b>									
Existência de PII de cuidados	8,00±1,41	0,18	66,7	8,56±0,72	0,08	88,9	7,67±1,50	0,20	55,60
Existência de gestor de caso	7,78±1,39	0,18	77,8	8,67±0,50	0,06	100	8,00±1,58	0,20	66,70
Qualidade do meio ambiente (ventilação iluminação, som, temperatura)	7,44±2,29	0,31	77,8	7,78±1,30	0,17	66,7	7,56±1,66	0,22	55,60
Nº de utentes que manifestam dor à entrada	7,22±1,78	0,25	55,6	7,78±1,48	0,19	66,7	7,78±1,71	0,22	66,70
<b>Processo ULDM</b>									
Avaliação do risco de UP	8,00±1,41	0,18	66,7	8,22±1,39	0,17	33,3	7,78±1,64	0,21	66,7
Avaliação do risco de queda	8,67±0,50	0,06	100	8,44±1,33	0,16	55,6	7,22±1,39	0,19	88,9
Uso de cateter de alimentação	7,44±1,87	0,25	55,6	7,89±1,36	0,17	55,6	7,33±1,50	0,20	66,7
Uso de cateter de longa duração	7,56±1,74	0,23	66,7	8,11±1,36	0,17	100	8,00±1,58	0,20	66,7
Gestão prática da dor	7,67±1,65	0,22	55,6	7,89±1,45	0,18	66,7	7,78±1,39	0,18	44,4
Taxa de incidência de utentes com infeção	7,78±2,04	0,26	77,8	7,44±1,66	0,22	66,7	7,44±1,42	0,19	66,7
Etiologia da infeção	7,44±1,74	0,23	44,4	7,33±1,58	0,22	44,0	7,44±2,40	0,32	55,6
Taxa de efetivação da higienização das mãos	7,89±1,16	0,15	55,6	7,33±1,58	0,22	52,0	7,33±1,58	0,22	44,4
<b>Resultado ULDM</b>									
Taxa de ocupação	7,89±1,53	0,19	66,7	7,56±1,66	0,22	55,6	8,00±1,32	0,17	77,8
Nº de utentes assistidos	7,56±1,81	0,24	77,8	7,33±1,65	0,23	55,6	7,67±1,50	0,20	55,6
Nº de altas e destino (óbitos incluídos)	7,56±1,50	0,20	44,4	7,67±1,65	0,22	66,7	7,56±1,42	0,19	55,6
Taxa de altas por obtenção de objetivos terapêuticos	7,22±2,58	0,36	55,6	7,56±1,59	0,21	66,7	7,33±1,41	0,19	33,3
Taxa de utentes com infeção	7,44±1,87	0,25	55,6	7,89±1,69	0,21	77,8	7,78±1,48	0,19	66,7
Taxa de infeções do trato urinário	8,00±1,65	0,21	77,8	7,78±1,71	0,22	66,7	7,67±1,50	0,20	55,6
Taxa de infeções respiratórias	7,89±2,31	0,25	77,8	7,89±1,69	0,21	77,8	7,78±1,56	0,20	55,6
Nº de antibióticos usados por utente com infeção	8,11±1,69	0,21	77,8	7,78±1,64	0,21	77,8	7,67±1,50	0,20	55,6
Evolução do grau de autonomia/ganhos de funcionalidade	8,00±1,50	0,19	77,8	7,56±1,59	0,21	66,7	7,33±1,41	0,19	55,6
Variação do nível de funcionalidade entre a entrada e a alta na RNCCI	7,22±1,92	0,27	44,4	7,67±1,58	0,21	77,8	7,56±1,59	0,21	55,6
Taxa de reabilitação	7,22±2,33	0,32	55,6	7,67±1,58	0,21	77,8	7,44±1,66	0,22	55,6
Taxa média de utilização de antibióticos	8,11±1,36	0,17	77,8	7,78±1,64	0,21	77,8	7,33±1,80	0,25	55,6
Taxa de utilização antimicrobiana por infeção (nosocomial, respiratória e trato urinário)	7,89±1,96	0,25	77,8	7,56±1,59	0,21	66,7	7,22±1,56	0,22	55,6
Taxa de hospitalizações	7,89±2,02	0,26	66,7	7,56±1,81	0,24	55,6	7,44±1,87	0,25	66,7
Taxa de agudizações	8,00±2,00	0,25	77,8	7,33±1,73	0,24	44,4	8,00±1,32	0,17	77,8
Avaliação do estado nutricional	8,00±1,73	0,22	66,7	7,56±1,59	0,21	66,7	7,44±1,33	0,18	55,6
Taxa efetiva de prevenção de quedas	7,56±2,35	0,31	66,7	7,78±1,71	0,22	66,7	7,22±1,71	0,24	55,6
Taxa de quedas	7,89±1,96	0,25	77,8	7,78±1,71	0,22	66,7	8,11±1,53	0,19	77,8
Taxa de quedas com lesão	7,89±2,26	0,29	88,9	7,89±1,69	0,21	77,8	7,78±1,56	0,20	55,6
Utentes com registo de quedas sem alteração da mobilidade	8,00±2,29	0,29	88,9	8,00±1,73	0,22	77,8	7,89±1,45	0,18	55,6
Taxa de Prevalência de utentes acamados	8,00±1,65	0,21	77,8	7,56±1,74	0,23	66,7	7,67±1,50	0,20	55,6
Prevalência UP	8,22±1,64	0,20	88,9	7,78±1,71	0,22	66,7	7,67±1,65	0,22	66,7
% de Cicatrização de lesões por pressão	8,11±0,92	0,11	66,7	8,00±1,73	0,22	77,8	8,22±1,30	0,16	88,9
Grau de cumprimento do Plano de Formação dos profissionais	7,89±1,53	0,19	66,7	7,78±1,71	0,22	66,7	7,78±1,71	0,22	66,7
Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem	8,67±0,70	0,08	88,9	7,89±1,76	0,22	66,7	7,89±1,76	0,22	66,7
Grau de Satisfação dos Utentes / Cuidadores com os cuidados	8,44±0,88	0,10	77,8	7,78±1,71	0,22	66,7	7,89±1,76	0,22	66,7

Grau de Satisfação dos Colaboradores	8,67±0,70	0,08	88,9	7,78±1,71	0,22	66,7	7,78±1,71	0,22	66,7
Avaliação de Desempenho dos Colaboradores	8,44±0,88	0,10	77,8	7,78±1,71	0,22	66,7	7,44±1,66	0,22	44,4
<b>Estrutura UMDR</b>									
Reconhecimento da personalidade do utente	7,40±1,34	0,18	60,0	6,20±3,11	0,50	40,0	7,80±1,30	0,17	60,0
Procedimento que permite o utente exercer escolhas (informações e serviços prestados)	7,20±1,48	0,21	40,0	7,80±0,83	0,11	60,0	7,40±0,89	0,12	60,0
Natureza da comunicação dos profissionais com os utentes	7,40±1,34	0,18	60,0	7,60±1,14	0,15	60,0	8,00±0,70	0,09	80,0
Natureza da comunicação do utente com a equipe de saúde	7,40±1,34	0,18	60,0	8,00±0,71	0,09	80,0	8,00±0,70	0,09	80,0
Natureza da interação com outras pessoas significativas	7,20±1,30	0,18	40,0	8,20±0,44	0,05	100	8,00±0,70	0,09	80,0
Grau e natureza da vigilância	7,80±1,09	0,14	80,0	8,00±0,707	0,09	80,0	7,80±0,83	0,11	60,0
Existência de PII de cuidados	8,80±0,44	0,05	100	7,8±1,09	0,14	80,0	8,80±0,44	0,05	100
Existência de gestor de caso	8,20±1,30	0,16	80,0	8,60±0,54	0,06	100	8,80±0,44	0,05	100
Nº de horas de cuidados de enfermagem/dia	7,80±0,83	0,11	60,0	7,60±1,14	0,15	60,0	7,80±0,44	0,06	80,0
Nº de horas de cuidados de Auxiliares de Ação Médica	8,20±0,83	0,10	80,0	8,00±0,70	0,09	80,0	7,80±0,44	0,06	80,0
Skills dos enfermeiros	7,80±1,30	0,17	60,0	7,20±1,30	0,18	60,0	7,60±1,14	0,15	60,0
Formação dos enfermeiros	7,80±1,30	0,17	60,0	7,40±1,34	0,18	60,0	7,60±1,14	0,15	60,0
Qualidade do meio ambiente (ventilação iluminação, som, temperatura)	7,60±1,51	0,20	60,0	7,60±1,51	0,20	60,0	7,20±1,48	0,21	40,0
Taxa de incapazes e dependentes na admissão na RNCCI	7,20±1,48	0,21	40,0	7,60±1,14	0,15	60,0	7,60±0,89	0,12	40,0
% de RH por especialidade afetos às unidades de internamento da RNCCI	7,40±2,07	0,28	60,0	7,60±1,14	0,15	60,0	7,20±1,48	0,21	40,0
<b>Processo UMDR</b>									
AVD que os profissionais fazem ou ajudam os utentes	7,80±0,83	0,11	60,0	8,20±0,83	0,10	80,0	7,60±0,54	0,07	60,0
Atividades terapêuticas que os profissionais fazem ou ajudam os utentes	8,00±1,00	0,13	60,0	7,80±0,83	0,11	60,0	7,40±0,54	0,07	40,0
Serviços - lazer enfermagem e reabilitação	7,80±1,30	0,17	60,0	7,80 ±0,83	0,11	60,0	7,60±0,54	0,07	60,0
Cuidados físicos	8,20±0,83	0,10	80,0	7,60±1,14	0,15	60,0	8,00±0,70	0,09	80,0
Gestão Médica	7,80±1,30	0,17	60,0	8,20±0,44	0,05	100	7,80±0,83	0,11	60,0
Cuidados Psicossociais	8,20±0,83	0,10	80,0	8,00±0,70	0,09	80,0	8,40±0,54	0,07	100
Avaliação do IMC	8,00±0,70	0,09	80,0	8,40±0,54	0,07	100	7,80±0,83	0,11	60,0
Avaliação do risco de queda	8,60±0,54	0,06	100	8,00±0,70	0,09	80,0	8,60±0,54	0,06	100
Gestão prática da dor	7,80±1,09	0,14	80,0	8,00±0,70	0,09	80,0	7,80±0,83	0,11	60,0
Prevalência do uso de hipnóticos	7,20±1,30	0,18	60,0	8,00±0,70	0,09	80,0	7,60±0,54	0,07	60,0
Etiologia da infeção	7,61±1,40	0,15	60,0	7,20±1,48	0,21	40,0	7,60±1,14	0,15	60,0
<b>Resultado UMDR</b>									
Nº de utentes assistidos	7,80±1,30	0,17	60,0	8,00±1,22	0,15	80,0	8,20±0,83	0,10	80,0
Tempo médio de internamento	7,20±1,09	0,15	20,0	7,80±1,09	0,14	80,0	7,60±1,51	0,20	60,0
Causa da solicitação dos pedidos de prorrogação e transferência	7,40±1,34	0,18	60,0	7,40±1,51	0,21	40,0	7,60±1,51	0,20	60,0
% de pedidos de transferência e respetivo Nº de autorizações	7,20±1,30	0,18	40,0	8,00±1,00	0,13	60,0	7,60±1,51	0,20	60,0
Taxa de altas por obtenção de objetivos terapêuticos	8,00±0,70	0,09	80,0	7,80±1,09	0,14	40,0	7,80±0,83	0,11	60,0
Variação do nível de funcionalidade entre a entrada e a alta na RNCCI	7,80±1,30	0,17	60,0	8,20±0,83	0,10	80,0	7,80±1,30	0,17	60,0
Taxa de reabilitação	7,60±1,14	0,15	60,0	8,20±0,83	0,10	80,0	7,60±1,14	0,15	60,0
Melhoria das AVD	7,40±1,14	0,15	40,0	7,40±2,07	0,28	60,0	7,40±0,89	0,12	60,0
Desempenho físico	7,40±1,14	0,15	40,0	8,40±0,89	0,11	80,0	8,00±0,70	0,09	80,0
Taxa de utilização antimicrobiana por infeção (nosocomial, respiratória e trato urinário)	7,20±1,30	0,18	40,0	7,60±1,14	0,15	60,0	7,80±0,83	0,11	60,0
Taxa de quedas com lesão	6,80±2,86	0,42	40,0	7,80±2,16	0,28	80,0	7,20±2,16	0,30	60,0
Valorização do outro	7,60±0,89	0,12	40,0	7,60±1,14	0,15	60,0	7,40±0,54	0,07	60,0
Grau de Satisfação dos Utentes / Cuidadores com os cuidados	7,60±0,89	0,12	40,0	7,80±0,83	0,11	60,0	8,00±0,70	0,09	80,0

Considerando os resultados em ULDM e UMDR, a “Existência de PII de cuidados” tem alta relevância (88,9; 100%) e moderada e alta eficácia (66,7; 80%), mas viabilidade razoável e alta (55,6; 100%). Isso indica que são fundamentais na avaliação da qualidade das unidades e eficazes, embora haja margem para melhorias devido a possíveis desafios na implementação, como recursos disponíveis e treino da equipa. A viabilidade pode ter sido afetada por mudanças na organização ou recursos disponíveis. Um estudo adicional destacou melhorias significativas nos níveis de albumina sérica e hemoglobina, bem como uma redução na taxa de substituição não planeada de cateter de alimentação em indivíduos submetidos ao Modelo de Atenção Integrada assente numa equipa multidisciplinar que prevê a existência de PII, enfatizando a relevância de abordagens integradas e baseadas em evidências na prestação de cuidados em instituições de longa duração (Wu et al., 2010). A presença de “Gestor de caso” é considerada altamente relevante (100%) pelos avaliadores, demonstrando sua importância fundamental na qualidade dos cuidados prestados. Além disso, é eficaz (77,8%) na gestão do atendimento e viável (66,7%) para implementação. Essa função desempenha um papel crucial na coordenação e fornecimento abrangente de cuidados aos utentes, resultando em melhorias nos resultados dos utentes ao garantir que suas necessidades sejam resolvidas de maneira eficaz e abrangente.

Em relação à "Qualidade do meio ambiente (ventilação, iluminação, som, temperatura)" em ULDM, a relevância e viabilidade diminuíram para 66,7% e 55,6%, respetivamente. Isso pode indicar que os avaliadores percebem que outros aspetos da qualidade das instalações se tornaram mais importantes ou que as condições ambientais atendem aos padrões estabelecidos. Num estudo, os gestores reconheceram a importância destes indicadores, mas também destacaram a dificuldade de implementação, sugerindo a necessidade de melhorias nesses aspetos. Além disso, foram observadas diferenças entre o nível de importância percebido e o nível de implementação para seis dos indicadores de ambiente interno dos quatro espaços avaliados (Hsieh et al., 2012).

A "Avaliação do risco de queda" é considerada altamente eficaz (100%) e viável (88,9%), embora com concordância moderada em relevância (55,6%). Estratégias que envolvem maior supervisão, apoio familiar e planeamento individualizado estão associadas a reduções significativas na incidência de quedas, úlceras de pressão e outras lesões (Okechukwu et al., 2017). Quedas e úlceras de pressão foram identificadas como indicadores cruciais para a qualidade dos cuidados em unidades de cuidados de longa duração (Mueller & Karon, 2004). Portanto, uma

abordagem holística, considerando múltiplos indicadores, é essencial para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados nessas unidades.

O "Uso de cateter de alimentação" e "Uso de cateter de longa duração" apresenta concordância moderada em relevância e eficácia, indicando que os avaliadores consideram esses indicadores fundamentais para a segurança dos utentes, e eficazes na identificação de problemas relacionados ao uso adequado e seguro desses dispositivos.

Por outro lado, a "Taxa de incidência de utentes com infecção" demonstra forte concordância em eficácia, relevância e viabilidade (77,8%). Esse indicador fornece uma mensuração direta e objetiva da qualidade dos cuidados, especialmente na prevenção e controle de infecções, que são uma preocupação significativa em unidades de cuidados de longa duração. A correlação significativa entre as taxas de infecção, estado funcional e o uso médio de antibióticos, bem como a relação custo-eficácia dos antibióticos, indica a utilidade desses indicadores como benchmarks para melhorias na qualidade dos cuidados. O fardo das infecções em ambientes de cuidados de longa permanência é substancial, com instituições com altas taxas de infecção frequentemente apresentando também altas taxas de uso de antimicrobianos. A prescrição de antimicrobianos de baixo custo pelos médicos pode contribuir para reduzir o custo por dia utente, tornando-se uma estratégia relevante para a gestão de recursos (Mylotte, 1999; Mylotte & Keagle, 2005). Portanto, esses indicadores desempenham um papel importante na avaliação e aprimoramento da qualidade dos cuidados em unidades de cuidados de longa duração, priorizando a segurança do utente e o cumprimento das obrigações regulatórias. A avaliação das "Taxas de utentes com infecção, infecções do trato urinário, e infecções respiratórias", podem indicar variabilidades na detecção e tratamento de infecções, levando a resultados inconsistentes. De forma global, os avaliadores consideram fundamental monitorizar a presença de infecções entre os pacientes, o que é crucial para a segurança e qualidade dos cuidados. A viabilidade pode refletir desafios na recolha de dados relacionados às infecções, como precisão nos registos e disponibilidade de informações atualizadas.

A "Taxa de ocupação" obteve forte concordância em eficácia (77,8%), e moderada em relevância e viabilidade (66,7%). Uma alta taxa de ocupação pode indicar uma procura e uma utilização eficaz das instalações, o que pode ser interpretado como um sinal de eficácia na prestação de cuidados. A relevância pode ser relacionada à importância da ocupação para a gestão das unidades e para as metas de atendimento.

A "Percentagem de cicatrização de lesões por pressão" apresenta uma eficácia moderada (66,7%), o que pode ser atribuído a desafios na efetividade das práticas de cicatrização em algumas unidades, incluindo variabilidade na abordagem terapêutica, adesão a protocolos e disponibilidade de recursos. No entanto, sua relevância é alta (77,8%), indicando que os avaliadores consideram esse indicador crucial para a qualidade dos cuidados, reconhecendo a importância de monitorizar e melhorar o tratamento de lesões por pressão. A viabilidade também é alta (88,9%), refletindo a disponibilidade de registros médicos e sistemas de informação adequados para acompanhar o indicador. Estudos apontam que, maior supervisão e apoio familiar estão associados à redução de úlceras de pressão, enquanto a pressão do tempo e a percepção de gestão injusta contribuem para seu surgimento. No entanto, apesar da importância das úlceras de pressão, as ferramentas de avaliação de risco são subutilizadas e diretrizes baseadas em evidências são raramente implementadas, destacando a necessidade de abordagens mais eficazes na prevenção e tratamento dessas lesões (Okechukwu et al., 2017; Pekkarinen et al., 2008; Wipke-Tevis et al., 2004).

A avaliação da eficácia da "Satisfação dos colaboradores, utentes/cuidadores e cuidados de enfermagem" revela resultados positivos, com pontuações de 88,9%, 77,8% e 88,9%, respectivamente. Isso reflete o compromisso em medir e melhorar a qualidade dos cuidados e o ambiente de trabalho. As diferenças nas pontuações podem estar relacionadas à natureza subjetiva da satisfação dos utentes/cuidadores em comparação com a satisfação dos colaboradores. Além disso, sugere que as unidades têm protocolos e práticas estabelecidas para medir a satisfação dos colaboradores de maneira eficaz, o que é importante para avaliar o ambiente de trabalho e a qualidade dos cuidados prestados. Um estudo de intervenção realizado por (Bravo et al., 2005), demonstrou melhorias significativas em vários IQ, incluindo tempo de sobrevivência, taxa de hospitalizações evitáveis, transferências, satisfação com os cuidados e volume de negócios, destacando o impacto positivo das intervenções na qualidade dos cuidados e na satisfação dos utentes e colaboradores. Outros estudos indicam que a satisfação com a gestão da dor é o indicador mais sensível aos enfermeiros, seguido pela satisfação com a informação educacional, úlceras de pressão, satisfação com cuidados de enfermagem, quedas e satisfação com o cuidado total. Além disso, quedas e úlceras de pressão foram identificadas como os indicadores mais relevantes (Mueller & Karon, 2004). Isso destaca a importância de avaliar e melhorar esses aspectos críticos da qualidade para a satisfação com os cuidados em unidades de saúde.

O indicador "Natureza da interação com outras pessoas significativas" é considerado extremamente relevante (100%), mas sua eficácia é baixa (40%), indicando desafios na medição precisa dessa interação. Quanto à autonomia dos utentes em instituições de cuidados de longa duração, a maioria permite escolhas e reclamações, porém apenas metade oferece oportunidades para comentar políticas e procedimentos planejados. Mas, são feitas tentativas para preservar a autonomia (Brocklehurst & Dickinson, 1996).

O indicador "Número de horas de Auxiliares de Ação Médica" recebeu altas pontuações (80%) em eficácia, relevância e viabilidade, destacando sua importância crítica na prestação de cuidados de saúde. Esses resultados são respaldados por um estudo de intervenção que demonstrou melhorias significativas em vários IQ, incluindo tempo de sobrevivência, taxa de hospitalizações evitáveis, transferências, satisfação com os cuidados, e volume de negócios (Bravo et al., 2005). Portanto, a disponibilidade adequada de Auxiliares de Ação Médica desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade dos cuidados de saúde.

A avaliação da aplicabilidade do indicador "Evolução do grau de autonomia/ganhos de funcionalidade" revela uma pontuação moderada na eficácia (60%), alta relevância e viabilidade (80%). Isso sugere que a evolução da autonomia e dos ganhos de funcionalidade é considerada importante e viável, mas as práticas podem variar em eficácia, indicando a necessidade de melhorias para garantir resultados mais consistentes e positivos para os utentes. A associação entre práticas de reabilitação e resultados de qualidade pode estimular os utentes a sair da cama, aumentar a participação em atividades sociais e apoiar a equipa de enfermagem na prestação de melhores cuidados (Vahakangas et al., 2008). Portanto, a ênfase na relevância pode levar a uma abordagem mais holística dos cuidados. O indicador "Cuidado físico" apresenta uma alta eficácia e viabilidade (80%), sugerindo que os utentes recebem cuidados adequados e que a implementação é viável, indicando a aplicação de recursos e protocolos. No entanto, a pontuação de 60% em relevância pode indicar que, embora os cuidados físicos sejam importantes, pode haver áreas mais críticas ou urgentes a serem abordadas. Quando analisamos os resultados do indicador "Gestão médica" a pontuação de 60% na eficácia, pode indicar que há espaço para melhorias. A pontuação de 100% na relevância, destaca a importância na RNCCI, indicando que é considerada uma prioridade. No entanto, a pontuação de 60%, na viabilidade, sugere que pode haver desafios práticos na implementação da gestão médica, o que pode afetar sua eficácia.

O indicador, “Cuidados psicossociais”, apresenta uma pontuação de 80% em eficácia, sugerindo que os utentes recebem apoio adequado em termos de bem-estar emocional e social. A pontuação 80% em relevância, destaca a importância dos cuidados psicossociais, indicando que são considerados fundamentais. Pontuação de 100% em viabilidade sugere que, a implementação dos cuidados psicossociais é viável, e que os recursos e protocolos estão em vigor para responder a essa necessidade. A avaliação do “Índice de Massa Corporal”, é considerada altamente relevante (100%) e eficaz (80%) para a saúde dos utentes, mas a pontuação de 60% na viabilidade sugere desafios práticos na sua implementação, o que pode afetar sua eficácia, como a falta de equipamentos adequados, como cadeiras ou camas com balanças integradas. Garantir recursos e equipamentos adequados, pode ser fundamental para atingir resultados mais positivos para os utentes em unidades. A alta pontuação na eficácia (100%) indica que a avaliação do "Risco de queda" é rotineiramente realizada na RNCCI. Sugere que essas unidades têm protocolos e práticas estabelecidas para identificar e avaliar adequadamente o risco de queda. Além disso, a relevância desse indicador é considerada alta (80%), destacando sua importância. A pontuação de 100% na viabilidade indica que a implementação da avaliação de risco de queda é considerada totalmente viável, com recursos e protocolos necessários amplamente acessíveis. O que fortalece a capacidade das unidades para gerir e prevenir quedas entre os utentes. Estudos anteriores também demonstraram que maior supervisão, apoio familiar e um clima organizacional favorável à família estão associados a reduções significativas na incidência de quedas e outras complicações, ressaltando a importância da abordagem preventiva (Okechukwu et al., 2017). Além disso, a identificação de hospitalizações potencialmente evitáveis (55%) e a sugestão de inclusão de novas condições, como quedas/fraturas, indicam a contínua necessidade de monitorizar e melhorar a prevenção de quedas e suas consequências (Walker et al., 2009).

O “Número de utentes assistidos” obteve forte concordância em eficácia (80%), e moderada em relevância e viabilidade (60%), os resultados indicam que o IQ é considerado eficaz pela maioria dos avaliadores, mas existe uma variabilidade de opinião em relação à sua relevância e à viabilidade prática da sua implementação. Isso pode refletir diferentes perspectivas sobre a importância desse indicador na avaliação global da qualidade.

De seguida apresentamos os IQ que obtiveram resultados abaixo do 50%, em pelo menos uma das dimensões analisadas. A avaliação do "Risco de Úlceras de Pressão" na ULDM apresenta concordância moderada em eficácia e viabilidade (66,7%), mas baixa relevância (33,3%). Isso

sugere que os avaliadores consideram essa ferramenta eficaz e viável, mas menos relevante em comparação com outros indicadores. No entanto, destaca-se que a avaliação desse risco é crucial para prevenir complicações graves, e sua baixa relevância pode ser devida a uma mudança nas prioridades dos avaliadores. O indicador "Gestão Prática da Dor" em unidades enfrenta desafios como complexidade na avaliação da dor, diferentes necessidades dos utentes, falta de recursos, consciencialização e formação inadequadas, priorização de outros indicadores e desafios na documentação. Melhorias na formação, recursos e conscientização são recomendadas. Estudos mostram uma mudança de comportamento positivo em relação à avaliação de risco de dor, bem como a implementação de planos de tratamento, apoiando a viabilidade da implementação de diretrizes de prática clínica (Resnick et al., 2004). Além disso, muitas instituições possuem ferramentas de avaliação da dor para utentes cognitivamente intactos (Weissman et al., 2000). Esses resultados ressaltam a importância de abordagens mais eficazes na gestão da dor, e a necessidade de considerar as necessidades individuais dos utentes, fornecendo recursos e formação adequados. A "Etiologia da Infecção" é outro indicador com desafios, refletindo dificuldades na determinação das causas das infecções, como complexidade, falta de recursos, fatores comportamentais e falta de consciencialização. São necessárias melhorias na recolha de dados, formação e consciencialização para melhorar os resultados neste indicador. A "Taxa de efetivação da higienização das mãos" também apresenta desafios, indicando a necessidade de melhorias na consciencialização dos profissionais, treino, disponibilidade de recursos, e na cultura de higiene das mãos nas instituições de saúde para garantir a segurança dos utentes e prevenir infecções. A "Variação do nível de funcionalidade entre a entrada e a alta na RNCCI" obteve resultados variados, com alta eficácia (77,8%), baixa relevância (44,4%) e viabilidade razoável (55,6%). Essa variação é atribuída à complexidade da métrica, diversidade de casos e necessidades. A "Taxa de altas por obtenção de objetivos terapêuticos" obteve uma concordância moderada em eficácia e relevância (66,7%), mas uma baixa concordância em eficácia (33,3%). Essa discrepância pode refletir mudanças na forma como as unidades registam e acompanham o progresso dos utentes em relação aos objetivos terapêuticos, incluindo a possibilidade de uso de diferentes escalas de avaliação da dependência ao longo do tempo. É importante notar que a associação entre práticas de reabilitação e resultados de qualidade pode ter um impacto positivo, incentivando os utentes a participarem de atividades sociais e apoiando a equipe de enfermagem na prestação de melhores cuidados (Vahakangas et al., 2008). Portanto, a avaliação e melhoria da taxa de altas com base na

obtenção de objetivos terapêuticos podem ser um aspecto relevante a ser considerado para melhorar a qualidade dos cuidados em unidades de saúde. Quanto à "Taxa de agudização," obteve alta eficácia (77,8%) e viabilidade, mas baixa relevância (44,4%). Isso pode ser explicado pelo fato de os avaliadores considerarem outros indicadores mais relevantes. O indicador "Avaliação de desempenho dos colaboradores" obteve uma baixa concordância (44,4%), possivelmente devido à complexidade do processo, desafios na implementação, e prioridades dos avaliadores.

A avaliação dos indicadores de qualidade em UMDR revelou uma complexidade na eficácia, relevância e viabilidade. Resultados variáveis indicam desafios na implementação e priorização de indicadores, com destaque para a importância a "Qualidade do meio ambiente" tem uma concordância moderada em eficácia e relevância (60%), mas a viabilidade é razoável (40%). O que pode indicar que os avaliadores têm dificuldade em intervir nessa área, possivelmente devido às dificuldades financeiras das instituições. Para a "Taxa de quedas com lesão" (80% relevância), mas menor eficácia (40%) devido à dificuldade intrínseca na prevenção. "Tempo médio de internamento" demonstra alta relevância (80%) e baixa eficácia (20%), destacando sua ligação aos custos de saúde e à satisfação do residente. Diversidade de necessidades e escalas, na avaliação de "Melhoria das AVD" (40% eficácia, 60% relevância e viabilidade) e "Causa de solicitação dos pedidos de prorrogação e transferência" (60% eficácia e viabilidade, 40% relevância) contribuem para resultados variáveis. A "Valorização do outro" (40% eficácia, 60% relevância e viabilidade) pode ser afetada por expectativas divergentes. "Grau de satisfação dos utentes/cuidadores com os cuidados" mostra baixa eficácia (40%), moderada relevância (60%) e alta viabilidade (80%), refletindo medição subjetiva e mudanças nas experiências dos utentes/cuidadores.

## **Conclusão**

O estudo realça a importância da avaliação abrangente da qualidade dos cuidados, incluindo indicadores como Planos Individuais de Intervenção, Gestores de Caso, e Satisfação dos Utentes/Cuidadores. Destaca a necessidade de melhoria contínua na recolha de dados e formação, visando resultados mais eficazes e centrados no bem-estar dos utentes. Um sólido Framework de indicadores é crucial para orientar reformas no setor de cuidados de longa duração.

**Construction of Quality Indicators in long-term institutions, through the Delphi method**

**Abstrat:** The study aims to develop a quality indicators framework for Long-Term and Medium-Term Care Facilities in Trás-os-Montes, Portugal, based on the Donabedian model. Through a systematic review and the Delphi method with experts, indicators were evaluated and selected based on effectiveness, relevance, and feasibility. New structural, process, and outcome indicators were established for both types of units, highlighting the importance of an Individual Intervention Plan, Case Manager, and the satisfaction of users/caregivers in enhancing care quality.

**Keywords:** Quality indicators; long-term care; Delphi method.

**Construcción de Indicadores de Calidad en instituciones de larga duración, a través del método de Delphi**

**Resumen:** estudio tiene como objetivo desarrollar un marco de indicadores de calidad para Unidades de Larga y Media Estância en Trás-os-Montes, Portugal, siguiendo el modelo de Donabedian. Mediante una revisión sistemática y el método Delphi con expertos, se evaluaron y seleccionaron indicadores basándose en la eficacia, relevancia y viabilidad. Se establecieron nuevos indicadores de estructura, proceso y resultado para ambos tipos de unidades, resaltando la importancia del Plan Individual de Intervención, el Gestor de Casos y la satisfacción de los usuarios/cuidadores para mejorar la calidad de la atención.

**Palabras clave:** Indicadores de calidad; cuidados de larga duración; método Delphi.

**Referências**

- Bell, C. M., Brener, S. S., Comrie, R., Anderson, G. M., & Bronskill, S. E. (2012). Quality measures for medication continuity in long-term care facilities, using a structured panel process. *Drugs and Aging*, 29(4), 319–327. <https://doi.org/10.2165/11599150>
- Bravo, G., Dubois, M. F., & Roy, P. M. (2005). Using goal attainment scaling to improve the quality of long-term care: A group-randomized trial. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 511–519. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi064>
- Brocklehurst, J., & Dickinson, E. (1996). Autonomy for elderly people in long-term care. *Age & Ageing*, 25(4), 329–332. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105817418&site=ehost-live>
- Campos, L. (2018). Uma perspetiva sobre o relatório da OCDE “health at a glance 2017.” *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 9–11. <https://doi.org/10.20344/amp.10111>
- DE, W., Griffie, J., Muchka, S., & Matson, S. (2000). Building an institutional commitment to pain management in long-term care facilities. *Journal of Pain & Symptom*

- Management*, 20(1), 35-43 9p.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=106999511&site=ehost-live&scope=site>
- DGS. (2014). Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares» Objetivos*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Donabedian, A. (1988). Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf. *JAMA*, 260, 1743–1748. <https://www.law.uh.edu/faculty/jmantel/health-regulatory-process/Donabedian-The-Quality-of-Care.pdf>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. In *The Milbank Memorial Fund Quarterly* (Vol. 83, Issue 4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293>
- European Union. (2021). *2021 Long-Term Care Report Trends, challenges, and opportunities in an ageing society*. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>
- Facilities, L. C., Weissman, D. E., & Griffie, J. (2001). *Improving Pain Management in INSTITUTIONS AS THE*. 4(4), 567–573. PMID: 11798492. DOI: 10.1089/109662101753381755. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11798492>
- Guerreiro, I. (2009). *Desafios de Um Modelo Integrado*. GUERREIRO, Inês (2009) – *Desafios de Um Modelo Integrado*. Lisboa: Companhia de Ideias. Abril de 2009, 2ª Edição. Depósito Legal 293793/09.
- Hsieh, Y. P., Lin, C. C., & Huang, Y. C. (2012). Exploration of Long-Term Care Institution Managers' Perceptions of Institutional Indoor Environment Quality and Ease of Administration. *Care Management Journals*, 13(3), 121–133. <https://doi.org/10.1891/1521-0987.13.3.121>
- IP, A. C. do S. de S. (2017). *Relatório De Monitorização Da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (Rncci)*. 93. [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2017.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2017.pdf)
- Jagger C, M. R. L. J. (2011). The impact of changing patterns of disease on disability and the need for long-term care. *Eurohealth*. <http://www.edesdeproject.eu/images/documents/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf#page=10>
- Kobayashi, H., Takemura, Y., & Kanda, K. (2011). Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 419–425. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00836.x>

- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República, I Série-A n.º109 de 6 de Junho de 2006, I-A* (109), 3856–3865. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Mueller, C., & Karon, S. L. (2004). ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 39–47. <https://doi.org/10.1097/00001786-200401000-00009>
- Mylotte, J. M. (1999). Antimicrobial prescribing in long-term care facilities: prospective evaluation of potential antimicrobial use and cost indicators. *American Journal of Infection Control*, 27(1), 10–19. [https://doi.org/10.1016/S0196-6553\(99\)70069-6](https://doi.org/10.1016/S0196-6553(99)70069-6)
- Mylotte, J. M., & Keagle, J. (2005). Benchmarks for antibiotic use and cost in long-term care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(7), 1117–1122. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53351.x>
- Okechukwu, C. A., Kelly, E. L., Bacic, J., Hurtado, D., Kossek, E., & Sembajwe, G. (2017). Supporting employees' work-family needs improves health care quality: longitudinal evidence from long-term care. 02115, 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.03.031.Supporting>
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., & Finne-Soveri, H. (2008). Drug use and pressure ulcers in long-term care units: Do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3067–3073. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02445.x>
- Portal do INE. (n.d.). Retrieved November 12, 2023, from [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Resnick, B., Quinn, C., & Baxter, S. (2004). Testing the Feasibility of Implementation of Clinical Practice Guidelines in Long-Term Care Facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000102955.59762.54>
- Saúde, D.-G. da. (2012). PNS 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, 24. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/PNS-2012-2016-Versao-Completa.pdf>
- Slatyer, S., Aoun, S. M., Hill, K. D., Walsh, D., Whitty, D., & Toye, C. (2019). Caregivers' experiences of a home support program after the hospital discharge of an older family member: A qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>

- Vahakangas, P., Noro, A., Finne-Soveri, H., & Bjorkgren, M. (2008). Association between rehabilitation care practices and care quality in long-term care facilities. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(2), 155–161. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000313765.71772.66>
- Walker, J. D., Teare, G. F., Hogan, D. B., Lewis, S., & Maxwell, C. J. (2009). Identifying potentially avoidable hospital admissions from canadian long-term care facilities. *Medical Care*, 47(2), 250–254. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181847588>
- Wipke-Tevis, D. D., Williams, D. A., Rantz, M. J., Popejoy, L. L., Madsen, R. W., Petroski, G. F., & Vogelsmeier, A. A. (2004). Nursing Home Quality and Pressure Ulcer Prevention and Management Practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 583–588. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52166.x>
- Wu, M. P., Lin, P. F., Lin, K. J., Sun, R. S., Yu, W. R., Peng, L. N., & Chen, L. K. (2010). Integrated care for severely disabled long-term care facility residents: Is it better? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.05.004>
- Yi Qin, L. L. F. Z. H. L. and M. H. (2022). The Construction of a Community Long-term Care Model for Home-based Elderly Individuals. *Acta Med. Okayama*, 2022, 76(No. 2), 145–154. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35503442/>

Recebido: 09/03/2024

Aprovado: 14/05/2024

---

**Susete Coelho Abrunhosa:** Socióloga. Diretora Técnica da Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Bragança. Mestre em Ciências da Educação. Doutoranda do Programa Doutoral em Gerontologia na Universidade de Aveiro e do Porto. Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5765-8167>. Correio eletrónico: [susetecoelho@gmail.com](mailto:susetecoelho@gmail.com)

**José Ignacio Martín:** Psicólogo. Doutor em Ciências Biomédicas no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto). Professor Auxiliar na Universidade de Aveiro. Portugal. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1467-5039>. Correio eletrónico: [jmartin@ua.pt](mailto:jmartin@ua.pt)

**Hélder Jaime Fernandes:** Enfermeiro. Doutor em Gerontologia na Universidade de Aveiro. Portugal. Professor Auxiliar no Instituto Politécnico de Bragança. <https://orcid.org/0000-0001-9705-8214>. Correio eletrónico: [helder@ipb.pt](mailto:helder@ipb.pt)



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.