

RIAGE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA



RIAGE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

Número 5

JUNHO 2024

EQUIPA EDITORIAL

DIREÇÃO

Diretor – Ricardo Filipe da Silva Pocinho

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais | Instituto Politécnico de Leiria |
CICS.NOVA | ANGES | Portugal

Subdiretora – Maria Arlén González Murillo

Hospital Clínica Bíblica - Especialista em Geriatria e Gerontologia | Costa Rica

Diretora Adjunta – Lisa Valéria Vieira Torres

Pontifícia Universidade Católica de Goiás | Brasil

Editor – Margarita Inês Cigarán Méndez

Universidad Rey Juan Carlos | Espanha

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe - Sara Maria de Oliveira Gordo

Escola Superior de Saúde de Leiria | Instituto Politécnico de Leira | ciTechCare | ANGES |
Portugal

Ana Fátima Pereira

Instituto Politécnico de Setúbal | Portugal

Ana Maria Vieira

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais | Instituto Politécnico de Leiria |
CICS.NOVA | Portugal

Metodologias/estratégias psicoeducativas dirigidas ao cuidador familiar da pessoa demente: revisão integrativa da literatura

Daniela Filipa Pinho de Almeida, Eliana Miguéis dos Santos, Joana Tojal Pinto, Márcia Cristina Pereira Fernandes, Maria Almeida Macedo Loureiro 272

Musicar + paliar = bem-estar: uma abordagem exploratória

Vasco Alves, Maria José Gomes, Ana Galvão, Gorete Batista 289

Level of knowledge in palliative care, preparation and capacity to provide care at the end of life by health professionals

Maria de Lurdes da Costa Martins, Ana Paula Rodrigues, Carlos Duarte Coelho Peixeira Marques, Rui Miguel Barros Cunha Carvalho 305

Obstrução da via aérea por corpo estranho no idoso: conhecimentos dos profissionais de uma unidade de cuidados continuados integrados

Flávia Susana Azevedo Brás, Cristina Raquel Batista Costeira 318

O perfil dos cuidadores da região do Tâmega e Sousa e as suas dificuldades na prestação dos cuidados

Cátia Emanuela Augusto Vaz, Helena M. Carvalho 330

O cuidador que precisa ser cuidado

Joana Pereira Correia, Maria Beatriz Couto, Rita Ortiga, Elisa Lopes, Luís Fonseca 344

Os benefícios nos idosos de atividades intergeracionais: bilhete postal

Sílvia Carla Campos Pacheco, Carmelina Amélia Freitas Teixeira, Maria Assunção Almeida Nogueira 351

Potenciais indicadores para medir a qualidade em cuidados de longa duração: metodologia de análise

Susete Coelho Abrunhosa, José Ignácio Martin, Hélder Jaime Fernandes 363

POTENCIAIS INDICADORES PARA MEDIR A QUALIDADE EM CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO: METODOLOGIA DE ANÁLISE

Susete Coelho Abrunhosa

Doutoranda, Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria. Universidade de Aveiro |
susetecoelho@gmail.com | ORCID - 0000-0002-5765-8167

José Ignácio Martin

Professor Auxiliar na Universidade de Aveiro | jmartin@ua.pt | ORCID - 0000-0001-8402-1615

Hélder Jaime Fernandes

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Bragança | helder@ipb.pt | ORCID - 0000-0001-9705-8214

Resumo

O presente estudo pretendeu examinar a metodologia de análise de indicadores propostos para Unidades de Longa Duração e Manutenção e Média Duração e Reabilitação. Foi realizada a revisão de literatura internacional, consultados documentos institucionais, e legislação nacional para selecionar potenciais indicadores de qualidade aplicáveis às duas tipologias. A avaliação quantitativa da concordância entre avaliadores nos domínios Estrutura, Processo e Resultado, bem como nos critérios Eficácia, Relevância e Viabilidade, é realizada em duas fases distintas, utilizando o coeficiente de concordância de Kendall e testes de significância. Os resultados indicam uma proporção significativa de indicadores foi excluída, com 54% dos indicadores de estrutura, 50% de processo e 48% de resultado para ULDM, e 27%, 40% e 53%, respetivamente, para UMDR. Alguns indicadores foram excluídos devido a diversas razões, tais como o seu baixo valor clínico ou impacto prático, falta de aplicabilidade à tipologia em questão, complexidade na avaliação, subjetividade que dificulta a mensuração precisa e objetiva, dependência de políticas e regulamentações específicas das unidades, variabilidade de características individuais dos residentes, relevância limitada ou dificuldade de avaliação, baixa frequência de ocorrência na prática, e sensibilidade à prescrição médica. São identificadas áreas para melhoria e estratégias direcionadas, para aprimorar a qualidade e a aplicabilidade dos indicadores.

A melhoria na concordância entre avaliadores sugere que o processo de avaliação pode ser aprimorado ao longo do tempo, através do uso de critérios rigorosos que permitem escolher os indicadores de qualidade mais eficazes, relevantes e viáveis para avaliar, e melhorar a qualidade dos cuidados em instituições de longa duração.

Palavras-chave: indicadores de qualidade; cuidados de longa duração; metodologia de análise; modelo de Donabedian

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a redução das taxas de natalidade estão a impulsionar uma mudança demográfica global, que se caracteriza pelo envelhecimento da população. Projeções indicam que, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2020). Em 2020, houve um aumento na taxa de incapacidade entre pessoas com 85 anos ou mais, alcançando 34,7%, uma tendência semelhante à prevalência de doenças crónicas (Jagger, 2011). Especificamente, Portugal é o terceiro país da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico com a maior proporção de indivíduos acima de 65 anos vivendo com duas ou mais doenças crónicas (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2019).

As tendências atuais indicam um crescimento no número de idosos enfrentando doenças crónicas, muitas vezes resultante da redução da funcionalidade e aumento da dependência (Slatyer et al., 2019). A previsão é que haja um aumento nas limitações físicas em idosos, devido a condições progressivas e declínios funcionais associados ao envelhecimento, e à elevada longevidade populacional. Essas projeções e dados atuais destacam a importância de estratégias de saúde pública, e intervenções focadas nas necessidades específicas da população idosa, especialmente considerando as complexidades associadas à multimorbidade e ao comprometimento funcional progressivo.

As transformações demográficas e de saúde resultam numa demanda crescente por serviços de cuidados de longa duração. É essencial melhorar continuamente os serviços para idosos, com a implementação de um sistema robustamente estruturado, de gestão eficaz, e garantias de qualidade, conforme apontado por (Qin et al., 2022). A população

tem expectativas cada vez mais altas, buscando maior transparência, regulação, informação e participação nas decisões relacionadas ao desempenho das instituições de cuidados, conforme estabelecido no Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 (DGS, 2012). Para atender a essas crescentes necessidades, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal, uma iniciativa colaborativa entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. Instituída pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a RNCCI foi concebida como uma solução para indivíduos com condições agudas, crônicas ou terminais, focada em proporcionar cuidados de saúde e apoio social de maneira contínua e integrada, conforme descrito por Loureiro et al. (2017).

A RNCCI representa uma inovação organizacional e opera como um sistema de nível intermediário centrado no paciente, conforme descrito por Guerreiro (2009). Composta por instituições públicas e privadas, a rede visa 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. A RNCCI tem como metas minimizar hospitalizações desnecessárias, oferecer cuidados domiciliares de qualidade, e promover uma abordagem multidisciplinar e holística aos cuidados dos pacientes. A estrutura destaca-se como uma resposta inovadora às necessidades de uma população crescentemente envelhecida, com demanda por cuidados de longa duração de qualidade. A abordagem integrada e colaborativa da RNCCI visa não apenas otimizar a recuperação dos pacientes com condições crônicas, mas também melhorar a qualidade geral dos cuidados prestados, através de uma coordenação e gestão eficazes em níveis nacional, regional e local.

Com o passar dos anos, a Rede em Portugal evoluiu significativamente, buscando melhorar a prestação de cuidados de saúde e a qualidade de vida de pessoas com necessidades complexas ou incapacidades de longa duração. As instituições de cuidados de longa duração, como lares de idosos, centros de dia, e unidades de cuidados continuados, têm sido fundamentais nesse processo, oferecendo serviços essenciais para indivíduos com dependência funcional. A satisfação do consumidor é uma prioridade para essas instituições, que buscam garantir um atendimento de alta qualidade, personalizado e centrado no paciente. O desenvolvimento de indicadores de qualidade (IQ) é uma abordagem eficaz para avaliar e monitorar a qualidade dos

cuidados prestados. Conforme Helioterio et al. (2020), a implementação de IQs é uma estratégia crucial para serviços, além de fornecer uma base para a tomada de decisões informadas e responsáveis. Os IQs são instrumentos valiosos para garantir que os cuidados de saúde sejam seguros, eficazes, centrados no paciente, e baseados em evidências científicas. A sua utilização permite uma avaliação objetiva e transparente do desempenho das instituições, promovendo a melhoria contínua e a responsabilização dos profissionais de saúde.

O foco principal deste estudo é a metodologia de análise dos indicadores aplicados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR). Para isso, será avaliada a utilização do coeficiente de concordância de Kendall, juntamente com testes de significância, para calcular a coordenação entre os avaliadores. Esse método permitirá uma avaliação quantitativa do grau de concordância nos diversos aspetos dos indicadores - categorias de Estrutura, Processo e Resultado, e critérios de Eficácia, Relevância e Viabilidade - em duas fases distintas.

Além disso, o foco na metodologia incluirá uma análise detalhada das causas subjacentes à exclusão de certos indicadores nas tipologias ULDM e UMDR, após a segunda fase de avaliação. Esta análise visa identificar áreas específicas, para melhorias e desenvolver estratégias direcionadas, para aprimorar a qualidade e a aplicabilidade dos indicadores. Outro aspeto metodológico crucial do estudo é a avaliação das mudanças na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada de avaliação. Esta análise comparativa, ajudará a identificar progressos ou lacunas na consistência dos avaliadores, fornecendo uma base para estratégias de aperfeiçoamento dos indicadores.

Métodos

A fim de criar um instrumento padronizado de indicadores, coletamos propostas de indicadores e, em seguida, solicitamos a especialistas de diversas áreas que respondessem a um questionário em duas rodadas usando o método Delphi. O método Delphi é caracterizado pela garantia do anonimato dos participantes, tanto entre si quanto em relação ao pesquisador. Trata-se de uma abordagem de tomada de decisão em grupo que permite que cada membro do grupo compartilhe suas ideias de forma anónima. Este método envolve processos interativos que visam alcançar consenso em um grupo de especialistas para obter opiniões, identificar prioridades e necessidades,

bem como prever atitudes ou eventos futuros. Essa característica do método Delphi baseia-se na crença de que ela permite uma transmissão mais autêntica das opiniões das pessoas, pois essas opiniões são fundamentadas em informações contextuais, em oposição a comportamentos observáveis e potencialmente influenciados em reuniões presenciais. Vale ressaltar que o método Delphi é amplamente reconhecido e utilizado na área da saúde para o desenvolvimento de indicadores de qualidade, como demonstrado em estudos anteriores (Bell et al., 2012). Os membros do painel de especialistas foram convidados a avaliar indicadores relacionados à estrutura, ao processo e aos resultados, organizados de acordo com o modelo de Donabedian (2005) em termos de eficácia, relevância e viabilidade, que são atributos cruciais das medidas de qualidade. Além disso, foi enfatizada a importância de envolver as principais partes interessadas no desenvolvimento dessas medidas, como destacado por Jeffs et al. (2013).

Obtivemos autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte e das instituições participantes, garantindo a confidencialidade dos dados. Os participantes eram profissionais de Unidades de Cuidados Continuados Integrados de Longa e Média Duração, da região de Trás-os-Montes, Portugal. Para serem incluídos, os especialistas deveriam ter formação académica superior, pelo menos 5 anos de experiência profissional na área da saúde e experiência com indicadores de qualidade. O painel de especialistas era composto por nove membros com ampla representação geográfica e diversas áreas de expertise, incluindo enfermeiros, assistentes sociais, médico, sociólogo e gerontólogo.

Utilizamos um questionário eletrónico criado no *Google Forms* como instrumento de recolha de dados. Este questionário era composto por duas partes: a parte I tratava da caracterização sociodemográfica dos respondentes, enquanto a parte II continha um conjunto de indicadores propostos para avaliação quanto à sua aplicabilidade nas diferentes tipologias de cuidados de saúde de longa duração.

Os indicadores foram reunidos através de três fontes: revisão sistemática da literatura, documentos da RNCCI, e indicadores testados numa ULDM e UMDR. Cada participante expressou suas opiniões sobre esses indicadores de qualidade, classificados nas categorias de estrutura, processo e resultado, avaliando sua eficácia, relevância e viabilidade, conforme preconizado por Bell et al. (2012). Cada indicador foi avaliado

numa escala de pontuação de 9 pontos de Likert (G. Schöne et al., cit in Qin, 2022), em que 9 indicava forte concordância e 1 forte discordância. As pontuações foram interpretadas da seguinte forma: 1 a 3 como forte discordância, 4 a 6 como concordância incerta, e 7 a 9 como forte concordância.

Para avaliar a concordância entre os avaliadores em relação a esses indicadores, utilizamos o coeficiente de Kendall's W, que varia de 0,001 a 1, sendo valores mais altos indicativos de maior consistência nas pontuações dos indicadores. A significância da concordância foi testada por meio de testes qui-quadrado, com valores de $p < 0,05$ indicando diferenças estatisticamente significativas. Isso sugere que houve concordância entre as opiniões dos especialistas em relação aos indicadores em estudo.

Os critérios para a retenção dos indicadores para a segunda rodada incluíram um coeficiente de concordância de Kendall superior a 30%, um coeficiente de variação inferior a 25%, ou uma pontuação média acima de 7,2 (indicando uma concordância de 80%). Uma concordância acima de 80% foi considerada um forte consenso. As respostas individuais dos participantes permaneceram anónimas.

Após a primeira rodada, os indicadores que não atenderam a todos os critérios de inclusão foram excluídos. Em seguida, um questionário foi enviado para a segunda rodada, permitindo que os especialistas reavaliassem as suas perspetivas com base nos resultados apresentados pelo grupo em relação a cada pergunta.

Instrumentos

Uma revisão de literatura internacional foi realizada por meio da base de dados Pubmed, utilizando os descritores “quality indicators”, “nursing home”, “long-term care” e “health care”. Além disso, foi consultada legislação nacional da RNCCI, e documentos institucionais de uma Unidade de Longa Duração e Manutenção, e Média Duração e Reabilitação, para selecionar potenciais indicadores de qualidade.

Foram identificados indicadores de qualidade para serem utilizados como ponto de partida para a tipologia ULDM, sendo 30 de estrutura, 31 de processo e 81 de resultado. E, para a tipologia UMDR, foram identificados 29 indicadores de estrutura, 31 de processo e 81 de resultado. Estes indicadores foram posteriormente inseridos num questionário Delphi, com o objetivo de avaliar sua eficácia, relevância e viabilidade como Indicadores de Qualidade.

Resultados

Na unidade ULDM, as análises foram realizadas em três categorias: Estrutura, Processo e Resultado. Os resultados mostraram que na categoria Estrutura, para o critério Eficácia, houve uma concordância baixa entre os avaliadores na primeira rodada, que melhorou um pouco na segunda rodada. No critério Relevância, houve uma baixa concordância na primeira rodada, que melhorou significativamente na segunda rodada. Para o critério Viabilidade, houve uma melhoria na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada. Na categoria Processo, os resultados mostraram que, para o critério Eficácia, houve uma melhora na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada. No critério Relevância, houve uma alta concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que diminuiu na segunda rodada. Para o critério Viabilidade, houve uma baixa concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que melhorou na segunda rodada. Na categoria Resultado, os resultados mostraram que para o critério Eficácia, houve uma alta concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que se manteve na segunda rodada. No critério Relevância, houve uma baixa concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que melhorou na segunda rodada. Para o critério Viabilidade, houve uma melhora na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada

Na unidade UMDR, as análises foram realizadas nas mesmas três categorias. Os resultados mostraram que na categoria Estrutura, para o critério Eficácia, houve uma melhoria na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada. No critério Relevância, houve uma melhora significativa na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada. Para o critério Viabilidade, houve uma baixa concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que melhorou na segunda rodada. Na categoria Processo, os resultados mostraram que para o critério Eficácia, houve uma alta concordância entre os avaliadores nas duas rodadas. No critério Relevância, houve uma alta concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que diminuiu na segunda rodada. Para o critério Viabilidade, houve uma melhora na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada. Na categoria Resultado, os resultados mostraram que para o critério Eficácia, houve uma baixa concordância entre os avaliadores na primeira rodada, que melhorou significativamente na segunda rodada. No critério Relevância, houve uma melhora na concordância entre

os avaliadores da primeira para a segunda rodada. Para o critério Viabilidade, houve uma melhora na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada.

Discussão

Os resultados mostram que a concordância entre os avaliadores varia significativamente entre diferentes critérios e categorias, sugerindo que a avaliação da qualidade de diferentes aspectos das unidades de saúde pode ser mais simples, dependendo do critério e da categoria. Algumas categorias e critérios apresentam uma melhora na concordância entre os avaliadores da primeira para a segunda rodada, ou seja, uma avaliação mais consistente na segunda rodada. É interessante notar que as tendências de concordância e melhora variam entre categorias e critérios, bem como entre diferentes tipologias.

A categoria "Processo" parece ser particularmente desafiadora em termos de concordância entre os avaliadores, com variações significativas entre a primeira e a segunda rodada. Isso pode indicar que a definição e a mensuração de processos são mais complexas e suscetíveis a interpretações variadas. O critério "Relevância", também mostra variações notáveis nas tendências de concordância entre a primeira e a segunda rodada, em várias categorias. Sugerindo que determinar a relevância dos indicadores pode ser uma tarefa desafiadora, mas a melhora na concordância na segunda rodada pode indicar uma melhor compreensão destes indicadores. A análise da evolução da concordância entre avaliadores ao longo das rodadas é valiosa, pois fornece *insights* sobre a estabilidade e a consistência das avaliações. As melhorias indicam que o processo de avaliação pode ser aprimorado ao longo do tempo, enquanto as variações podem apontar para áreas que requerem maior atenção.

As metas e prioridades das unidades de saúde podem mudar ao longo do tempo, o que pode tornar alguns indicadores menos relevantes para a avaliação da qualidade. Alguns indicadores podem ter sido excluídos pelas seguintes razões: pouco valor clínico ou impacto prático, falta de aplicabilidade à tipologia, complexidade, avaliação subjetiva com dificuldade de mensurar com precisão, e de forma objetiva, depender das políticas e regulamentações específicas das unidades, características individuais dos residentes, relevância limitada ou dificuldade de avaliação, prática não comum, sensível à prescrição.

Estes indicadores sugerem a necessidade de rever e aprimorar os processos clínicos, especialmente em relação à administração de medicamentos e procedimentos médicos. Destacam a importância de aprimorar o suporte, e o tratamento de problemas de saúde mental e física, assim como a necessidade de um acompanhamento mais eficaz dessas condições. Com base na análise da informação anterior sobre a exclusão de indicadores de qualidade e as áreas específicas para melhoria, aqui estão algumas estratégias direcionadas para aprimorar a qualidade e a aplicabilidade dos indicadores em unidades de saúde, especialmente nas tipologias ULDM e UMDR: Formação e treino: promover aos avaliadores a compreensão dos indicadores e a precisão das avaliações. Seleção de indicadores relevantes: é fundamental rever e selecionar indicadores que sejam diretamente relevantes para a tipologia ULDM e UMDR, de acordo com as necessidades e desafios específicos, adaptando os indicadores e a metodologia de acordo com essas particularidades. Avaliação da complexidade: indicadores que são complexos de avaliar ou que dependem de julgamentos subjetivos, podem ser aprimorados ou substituídos por medidas mais objetivas, e de fácil mensuração. Padronização da avaliação: desenvolver protocolos e diretrizes claras para a avaliação de indicadores, visando minimizar a subjetividade e aumentar a consistência entre os avaliadores. Relevância clínica: priorizar a inclusão de indicadores que avaliem resultados clínicos significativos para os residentes. Consideração da variabilidade: indicadores que refletem práticas médicas altamente variáveis devem ser avaliados quanto à sua utilidade e interpretação, e considerar estratégias para reduzi-la, se necessário. Avaliação de resultados clínicos: indicadores que avaliem resultados clínicos relevantes para os utentes. Isso pode incluir indicadores de mortalidade, funcionalidade, reabilitação e qualidade de vida. Revisão contínua: estabelecer um processo de revisão regular dos indicadores, considerando a evolução das práticas clínicas, regulamentações e necessidades dos residentes. Isso permite a adaptação contínua dos indicadores à realidade das unidades de saúde. *Feedback* e melhoria contínua: estabelecer um ciclo de *feedback* com os avaliadores e as unidades de saúde, para identificar oportunidades de melhoria contínua na metodologia de avaliação. Aprimoramento da comunicação: para indicadores relacionados à comunicação do utente com a equipa de saúde, pode ser útil desenvolver critérios de avaliação mais objetivos e orientações claras para avaliadores. Envolvimento de *stakeholders*: envolver profissionais de saúde, gestores de unidades de saúde, e

representantes dos residentes no processo de seleção e avaliação de indicadores. Isso garante que as perspectivas de todas as partes interessadas sejam consideradas, e que a metodologia de avaliação seja prática e clinicamente significativa. Consideração da especificidade da tipologia: a tipologia da unidade de saúde deve ser levada em conta ao selecionar e avaliar indicadores. Avaliação do impacto dos indicadores: avaliar como os indicadores afetam as práticas clínicas e a qualidade dos cuidados prestados. Os indicadores devem ter um propósito claro e mensurável. Colaboração com outras unidades: partilhar boas práticas e aprendizagens com outras unidades de saúde, colaborando na melhoria global da qualidade dos cuidados. Transparência e comunicação: manter uma comunicação aberta e transparente com os profissionais de saúde, residentes e suas famílias sobre o processo de avaliação e o uso dos indicadores. Em resumo, melhorar a seleção e avaliação de indicadores de qualidade requer uma abordagem cuidadosa e adaptada que tenha em consideração a natureza específica das unidades de saúde em questão, assim como as necessidades clínicas dos residentes. A revisão constante da metodologia, e a consideração das áreas mencionadas podem contribuir para uma avaliação mais precisa e eficaz da qualidade dos cuidados prestados.

Conclusão

Este estudo destaca a importância de uma abordagem metodológica rigorosa na avaliação de indicadores de qualidade em unidades de saúde. Os critérios estritos para a retenção de indicadores asseguram a confiabilidade e relevância dos mesmos. Contudo, questiona-se a adequação do critério de Coeficiente de Concordância de Kendall (W) superior a 30% em análises específicas. Os resultados evidenciam a variabilidade na concordância entre avaliadores em diversos domínios da qualidade e indicam que melhorias na concordância podem ser alcançadas com investimento em planeamento, acompanhamento e avaliação. Esses resultados têm o potencial de aprimorar substancialmente a metodologia de avaliação e, por conseguinte, a confiabilidade dos resultados obtidos.

As áreas específicas para melhoria podem ser identificadas com base nos indicadores excluídos, e podem servir como diretrizes para aprimorar a seleção de indicadores e a qualidade do processo de avaliação nas ULDM e UMDR. É fundamental que as unidades de saúde continuem a avaliar e ajustar os processos e práticas com base nas informações

disponíveis, a fim de oferecer o melhor atendimento possível aos seus residentes. A exclusão desses indicadores sugere que eles podem não ser os mais relevantes ou apropriados para avaliar a qualidade dos cuidados, seja devido à sua natureza, variabilidade ou falta de relação direta com a qualidade dos cuidados.

Este estudo contribui para o aprimoramento contínuo da avaliação da qualidade nas unidades ULDM e UMDR, visando garantir a eficácia e relevância dos indicadores utilizados.

Referências bibliográficas

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>

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho. Rede nacional de cuidados continuados integrados. Diário Da República, 109. Série I-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde. NS 3.3 Eixo estratégico: Qualidade em saúde*. https://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sau%CC%81de_2013-01-17_.pdf

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Guerreiro, I. (2009). *Desafios de um modelo integrado* (2a ed.). Gráfica Offset Mais - Artes Gráficas.

Helioterio, M. C., Lopes, F. Q., Sousa, Souza, F. O., Pinho, P. S., Sousa, F. N., & Araújo, T. M. (2020). Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de população residente 2018-2080*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Jagger C. M. (2011). *The impact of changing patterns of disease on disability and the need for long-term care*. Eurohealth.

- Jeffs, L., Law, M. P., Straus, S., Cardoso, R., Lyons, R. F., & Bell, C. (2013). Defining quality outcomes for complex-care patients transitioning across the continuum using a structured panel process. *BMJ Quality and Safety*, 22(12), 1014-1024. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001473>
- Loureiro, R., Brou, E., & Fernandes, A. C. (2017). Estrutura e organização dos cuidados de saúde em Portugal. Introdução das unidades locais de saúde e os problemas da integração vertical. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 22, 32-37.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2019). *Health at a glance: OECD indicators*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
- Qin, Y., Liu, L., Zhu, F., Lu, H., & Huang, M. (2022). The Construction of a community long-term care model for home-based elderly individuals. *Acta Medica Okayama*, 76(2), 145-154. <https://doi.org/10.18926/AMO/63408>.
- 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), 220. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4042-0>

“Os autores declaram que não há conflito de interesse.”