

# Enfermagem de reabilitação: percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento

Nursing rehabilitation: road to quality assessment in admission units

Rehabilitación de enfermería: camino a la evaluación de la calidad en las unidades de admisión

José Augusto Pereira Gomes\*; Maria Manuela Ferreira Pereira Silva Martins\*\*;  
Maria Narcisa da Costa Gonçalves\*\*\*; Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes\*\*\*\*

## Resumo

Neste artigo pretende-se apresentar um percurso para identificar fatores que contribuam para a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento e conceber um caminho para a criação de um instrumento de avaliação para a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada nos serviços de medicina de um hospital do norte do país, cujos participantes foram doze enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e a metodologia de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos que ilustram o modelo proposto por Donabedian, baseado em três componentes do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado, a par com o conhecido ciclo de melhoria contínua proposto por Deming.

Analisamos as especificidades necessárias para boas práticas de cuidados de reabilitação.

**Palavras-chave:** qualidade dos cuidados de saúde; enfermagem em reabilitação.

## Abstract

This article is an attempt to present a route to identify factors that contribute to the quality of nursing care for inpatient rehabilitation units and to identify instruments used to design and evaluate a way to create an assessment instrument for care in rehabilitation nursing.

This is a qualitative study conducted in the medical services of a hospital in the north of Portugal, whose participants were twelve nurse specialists in rehabilitation, and the data collection method was semi-structured interview.

The results that emerge from the participants' narratives translate into a set of attributes that illustrate the model proposed by Donabedian, based on three components of health care: structure, process and outcome, and the cycle of continuous improvement proposed by Deming.

We analysed the specific requirements for good practice in rehabilitation care.

**Keywords:** quality of health care; rehabilitation nursing.

\* Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. Enfermeiro do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde [japgomes@iol.pt].

\*\* Doutorada em Ciências de Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Vice-Presidente do CG da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Professora no MER, CLE, MCE (ICBAS), MG (UA), Grupo de estudos de Enfermagem de Família [mmartins@esenf.pt].

\*\*\* Mestre em Ciências Empresariais. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assistente na Escola Superior de Enfermagem do Porto [mnarcisa@esenf.pt].

\*\*\*\* Mestre em Ciências de Enfermagem. Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Coordenadora da EGA do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde [carlasilvia@gmail.com].

## Resumen

En este artículo se intenta presentar un itinerario para identificar los factores que contribuyen a la calidad de los cuidados de enfermería de rehabilitación en unidades de internamiento y abrir un camino a la creación de un instrumento de evaluación para la práctica de cuidados de enfermería de rehabilitación.

Se trata de un estudio cualitativo realizado en los servicios médicos de un hospital en el norte de Portugal cuyos participantes fueron doce especialistas en enfermería de rehabilitación. La metodología para la recolección de datos fue una entrevista semiestruturada.

Los resultados obtenidos a partir de los relatos de los participantes se traducen en un conjunto de atributos que ilustran el modelo propuesto por Donabedian, basado en tres componentes de la atención sanitaria: estructura, proceso y resultados, junto con el conocido ciclo de mejora continua propuesto por Deming.

Analizamos las especificidades necesarias para la buena práctica en los cuidados de rehabilitación.

**Palabras clave:** calidad de la atención de salud; enfermería de rehabilitación.

Recebido para publicação em: 11.05.12

Aceite para publicação em: 16.10.12

## Introdução

O enfermeiro especialista, com um conhecimento num domínio específico de enfermagem, assume entre outras competências comuns a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 122/2011). O enfermeiro, com especialidade em reabilitação, precisa fazer emergir os elementos determinantes da qualidade dos seus cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua. Conforme nos refere Fortin (2009), nenhuma profissão poderá conhecer um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação, e cada profissão deve ser capaz de fornecer aos seus membros uma base de conhecimentos teóricos sobre a qual assenta a sua prática, fornecer serviços de qualidade às pessoas e aos grupos comunitários.

Este artigo pretende descrever um estudo sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos serviços de medicina de uma Instituição Hospitalar Pública do Norte de Portugal. O desenvolvimento deste trabalho orientou-se no sentido de obter respostas à questão: “Que aspetos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina?”, tendo por referência o estado atual da arte na avaliação da qualidade em serviços de saúde.

## Enquadramento teórico

Na antiguidade já se identificavam alguns aspetos que atualmente estão associados à qualidade, no entanto, a qualidade como conceito só surgiu na década de 50 com Juran e Deming (Pinto e Soares, 2009). Os primeiros estudos foram desenvolvidos para o setor da indústria, mais tarde, porém, deixou de ser uma preocupação exclusiva deste setor de atividade e passou a ser uma prioridade para todas as organizações, inclusive as da saúde, que procuravam o desenvolvimento e uma saída para os problemas crónicos com que se debatiam (Mezomo, 2001).

São inúmeros e diversos os estudos publicados na área da avaliação da qualidade, alguns referentes aos modelos da qualidade e alguns estudos na área da qualidade em saúde, sendo alguns deles salientados neste artigo.

O Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), traduz uma referência em termos de qualidade a nível de definição, implementação e desempenho das organizações para a Gestão da Qualidade Total (GQT) (António e Teixeira, 2007).

Por sua vez, a *International Standards Organization Norms* (ISO 9001) da *International Organization for Standardization* constitui uma referência para a implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ), com o objetivo de garantir o fornecimento de produtos que satisfaçam os requisitos do cliente, assim como a prevenção de problemas e a cultura da melhoria contínua.

Por sua vez, Eggl e Halfon (2003) propõem um modelo para a qualidade dos hospitais baseado em quatro entidades: pacientes, atividades, recurso e efeitos. Este modelo encontra-se hierarquizado em seis níveis, no sentido de medir o desenvolvimento dos sistemas de gestão da qualidade. Os autores acrescentam que os modelos conceptuais atuais da qualidade para a utilização hospitalar apresentam deficiências, quer pela sua terminologia quer pela sua complexidade.

Sendo considerado como o pai da qualidade em saúde (World Health Organization, 2009), Donabedian (2003) desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultado.

Apesar da controvérsia existente no meio científico acerca do melhor modelo para a avaliação da qualidade, o quadro conceptual mais popular e utilizado para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde continua a ser o apresentado por Donabedian, cuja origem se reporta a 1996. A alusão e contemporaneidade deste modelo é enfatizada pela OMS, nas recomendações para a cirurgia (World Health Organization, 2009).

Face a esta análise, ficamos sensíveis à existência de vários modelos mas entendemos que o modelo de Donabedian (2003) é um caminho que nos pode ajudar a analisar esta problemática.

A introdução de modernas técnicas e modelos de gestão e o recurso a novos instrumentos e métodos de avaliação dos serviços de saúde, com o objetivo de imprimir eficiência, eficácia e rigor na gestão dos recursos, assim como corresponder às expectativas dos utentes, exige responsabilidades acrescidas aos profissionais dos serviços de saúde como vem sendo ampla e continuamente reconhecido, nomeadamente aos enfermeiros.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004), no âmbito da qualidade da prestação de serviços de saúde, identificava uma visível escassez de cultura de qualidade do nosso sistema de saúde e insuficiente divulgação de experiências avaliadas que evidenciassem sinais de sucesso. Por outro lado, identificava a existência de um défice organizacional dos serviços de saúde a nível da prestação dos profissionais e da adequação dos contextos organizacionais, nomeadamente, a falta de indicadores de desempenho válidos e fiáveis que apoiassem a gestão estratégica e operacional do sistema de saúde. Por isso, o PNS 2004-2010, com a intenção de reduzir as limitações detetadas, apontava a necessidade de intervenções e orientações estratégicas para melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e para a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, a promoção de medidas de implementação de programas de saúde, a aposta na acreditação, a formação de auditores na área da qualidade e o esforço na qualidade da gestão, baseada nos princípios da qualidade total. Por outro lado, o plano recomendava a realização de avaliações acerca da satisfação dos utentes, do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde e a avaliação de indicadores de desempenho das unidades de cuidados críticos, assim como a dinamização e apoio ao desenvolvimento de normas de orientação clínica para as profissões técnicas de vocação assistencial e a abordagem explícita da problemática do erro médico (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Reconhecendo os objetivos do PNS 2004-2010 para a sedimentação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, o PNS 2011-2016, em discussão, veio admitir que ainda “subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso, de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impacte mediático e na saúde dos doentes, um défice de cultura de avaliação e de monitorização e uma ampla margem de melhoria dos cuidados que hoje prestamos aos nossos doentes” (Campos e Carneiro, 2010, p. 10).

No que diz respeito à qualidade, o próximo plano aponta como determinantes para a qualidade em saúde, a formação pós-graduada, a investigação clínica, o estabelecimento de padrões de qualidade, a

monitorização e definição de indicadores e a avaliação interna e externa, com posterior comparação entre prestadores. A necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde está formalmente assumida por instâncias internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, assim como, por organismos nacionais. Por outro lado, considera-se prioritário a implementação de sistemas de qualidade em saúde, assumindo o Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 3) o papel de conciliar “esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. “A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 5) e às instituições de saúde cabe o papel de criar as condições, adequando os recursos e criando as estruturas, que promovam o exercício profissional de enfermagem de qualidade.

A enfermagem de reabilitação, sendo uma área da enfermagem que exige conhecimentos específicos, a nível técnico e conceptual, não pode ser alheia a este contexto necessita de instrumentos de avaliação da qualidade precisos. “Sendo um facto que a natureza multiprofissional e multidisciplinar da qualidade em saúde é influenciada pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (Pereira, 2011, p. 69).

## Metodologia

Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009). Daí que a escolha da metodologia tenha que estar intimamente relacionada com a problemática em estudo e também com o estado dos conhecimentos à volta da mesma. A mesma recai sobre uma epistemologia qualitativa, através de um estudo de campo, porque pretendemos entender a realidade na sua complexidade e no seu contexto natural.

As diferentes fases deste percurso são ilustradas na figura 1. Foi solicitada autorização ao Concelho de Administração da respetiva instituição de saúde e por sua vez à Comissão de Ética, tendo obtido parecer positivo. Ao longo do estudo foi salvaguardado o anonimato dos participantes.

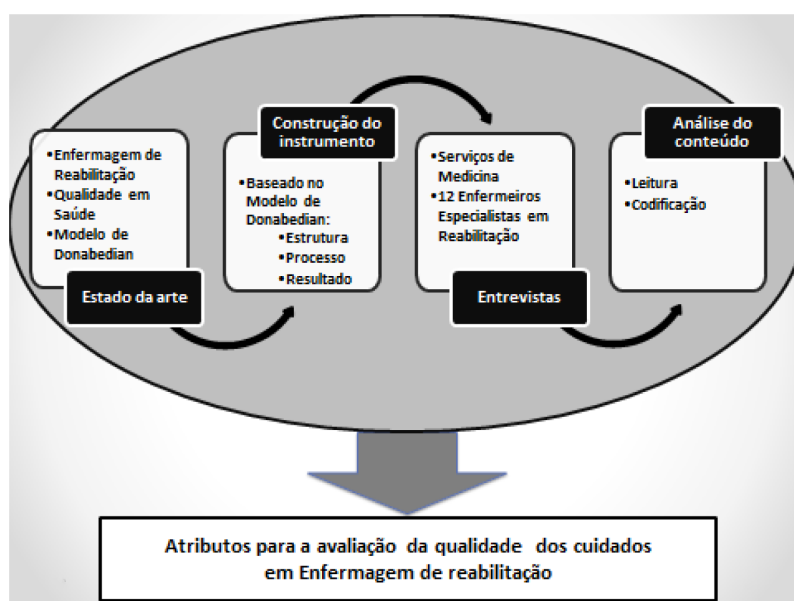


FIGURA 1 – Diagrama do estudo

É neste cenário que sentimos a necessidade de investigar: “Que aspectos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina?” uma vez que, “a melhoria contínua da qualidade da assistência, no sentido de atingir a excelência, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação permanente dos factores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de acções e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados” (Mota, Melheiro, e Tronchin, 2007, p. 10). Existindo a necessidade de elaborar e validar

indicadores capazes de mensurarem a qualidade da assistência de enfermagem de reabilitação, mas também de compreender que condições são necessárias para que a qualidade ocorra.

Este percurso, ilustrado na figura 2, foi fundamentado pelo modelo proposto por Avedis Donabedian, na década de 60, baseado em três componentes do cuidado em saúde: estrutura, processo e resultado, a par com o conhecido ciclo de melhoria contínua, proposto por Deming, ao longo do qual o autor acredita numa abordagem sistemática para a identificação e solução de problemas, também denominado de ciclo PDCA, ou seja, *Plan, Do, Check, Act*.

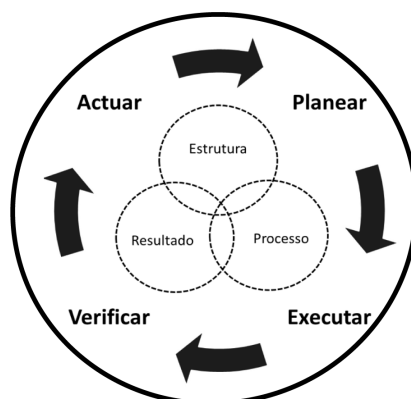


FIGURA 2 – Fusão do modelo de Donabedian com o ciclo PDCA de Deming

(Adaptado de Donabedian, 2003; António e Teixeira, 2007)

As questões que nortearam este percurso foram: que fatores convergem para a qualidade do desempenho dos enfermeiros de reabilitação?; que processos de trabalho desenvolvem os enfermeiros para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação?; que aspetos são necessários reunir para garantir resultados nos cuidados de enfermagem de reabilitação?

Sendo os objetivos delineados para esta investigação os seguintes: descrever os processos de trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação para garantir a qualidade da assistência em unidades de internamento de Medicina; analisar as condicionantes do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação no que diz respeito à estrutura, processo e resultado; compreender os desenvolvimentos dos cuidados realizados pelos enfermeiros de reabilitação, como fontes de garantia da qualidade na assistência de reabilitação.

A população definida para esta intervenção foi constituída por indivíduos que têm a experiência de um fenómeno particular, possuem uma experiência e um saber pertinente (Fortin, 2009), ou seja, integraram este percurso, enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação dos serviços de medicina. A seleção do conjunto de entrevistados decorreu de modo intencional. Neste sentido, definimos os seguintes fatores de inclusão para participar no estudo: ser enfermeiro com a especialidade de reabilitação há mais de seis meses; exercer funções no serviço de medicina, e prestar cuidados diretos ao doente e família. Consideramos como fator de exclusão para participar no estudo, os enfermeiros de reabilitação que estão apenas na gestão de unidades. Recorremos à entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de dados. Após a transcrição das entrevistas, foi feita uma primeira leitura de todas as entrevistas e de seguida feita a sua codificação, organizando quadros de referência. Aqui foram definidas categorias, subcategorias e unidades de registo, que ordenaram a informação. Os discursos produzidos pelos entrevistados foram apreciados com recurso à análise de conteúdo, segundo os princípios descritos por Bardin (2004).

No nosso estudo, para a categorização, foram considerados dois processos, por um lado, algumas categorias foram definidas à *priori*, isto é, implicaram um quadro de referência teórico, o Modelo de Donabedian. Por outro lado, as categorias que

foram definidas à posteriori, isto é, identificando e evidenciando as propriedades do texto e das unidades de registo.

## Resultados e discussão

Os sujeitos que integraram o estudo têm entre 27 e 47 anos de idade, situando-se a idade média nos 33 anos, sete são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Por outro lado, sete destes elementos têm Contrato em Funções Publicas (CFP) e os outros cinco têm Contrato Individual de Trabalho (CIT).

Os 12 entrevistados desenvolvem a sua atividade entre 5 e 23 anos, trabalhando em média há 10 anos e exercem funções de especialistas em enfermagem de reabilitação entre os 6 e 48 meses.

Evidenciamos os resultados obtidos respondendo às nossas questões orientadoras.

Sobre os fatores que convergem para a qualidade do desempenho dos enfermeiros de reabilitação, sobressaem a nível da estrutura os cinco temas abordados, instalações, equipamentos, recursos humanos, equipa de assistência e recursos organizacionais. Conforme nos refere Hesbeen (2001, p. 62), “Em todas as estruturas quer elas sejam hospitalares ou extra-hospitalares, abundam factores que contribuem para a qualidade dos cuidados. A organização destas estruturas não é fácil, visto abranger áreas muito práticas ou instrumentais, e em simultâneo, aspectos muito mais subjectivos tais como o clima reinante e a coerência do todo.”

A importância das instalações foi salientada, conforme nos refere este entrevistado “As instalações são de facto um aspecto que tanto nos ajudam como dificultam o nosso trabalho” E4.

Por outro lado, a necessidade de um espaço físico adequado e o ambiente de trabalho são referidos como aspetos essenciais das instalações, condicionando a qualidade da prestação de cuidados de reabilitação, visíveis no seguinte achado: “por vezes quero levantar um doente e não tenho sequer onde pôr um cadeirão, tenho que andar a tirar camas das salas para colocar um cadeirão... portanto, isso tudo condiciona um bocadinho a reabilitação.” E4.

A necessidade de atualização de equipamentos, dado que alguns se encontrarem obsoletos, a enumeração dos equipamentos imprescindíveis e o recurso ao improvisado para colmatar as lacunas existentes no

âmbito dos equipamentos são aspetos referidos nas narrativas dos participantes: “As ajudas técnicas (...) dá-nos sempre muitas dores de cabeça” E1.

As narrativas dos participantes evidenciam a importância dos recursos humanos, conforme referido na citação seguinte: “Em contrapartida às instalações, eu acho que os recursos humanos são fundamentais..., não se fazem omeletes sem ovos” E11. Nesta categoria é evidenciado a pertinência da dotação adequada os enfermeiros de reabilitação. A diversidade da equipa é, a este nível, entendida como inúmeros atores, descritos como intervenientes nos cuidados, nomeadamente: enfermeiros, médicos, técnicos de saúde e assistentes operacionais.

Os recursos organizacionais são abordados pelos participantes em aspetos como, os tipos de formação, os processos de formação, a investigação e os protocolos de atuação.

Das narrativas dos participantes sobressaem a este nível a ausência de uma cultura formal de formação, conforme referido no seguinte achado: “não existe um plano de formação dentro do serviço” E11. A investigação é referida como um instrumento imprescindível para o suporte da profissão embora inexistente: “Investigação não se tem feito nada” E6. Conforme nos refere Apóstolo e Gameiro (2005), uma disciplina para ser considerada científica tem que desenvolver conhecimento.

No âmbito dos protocolos de atuação é visível no discurso dos participantes, o reconhecimento da aplicabilidade destes instrumentos, no entanto, são utilizados ainda de forma muito pouco suportada: “existem os protocolos, uns escritos, outros já mentalmente adquiridos” E9.

Sobre a segunda questão que norteou este percurso “Que processos de trabalho desenvolvem os enfermeiros para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação?”, sobressaem das narrativas os atributos associados ao processo apresentando-se divididos ao longo de quatro temas, investigação e diagnóstico, planeamento, atividades de enfermagem e avaliação do processo.

O processo compreende todos os métodos e procedimentos utilizados para o processamento de um determinado serviço, abordando todas as atividades que constituem os cuidados de saúde, nomeadamente: o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a educação do cliente. Embora de modo pouco estruturado, e com base empírica,

sobressaem como temas algumas fases do processo de enfermagem: “inicialmente avalia-se o doente identifica-se as necessidades de reabilitação, faz-se a intervenção e faz-se avaliação no decorrer do próprio dia e depois fazemos o registo nessa folha, ainda é experimental” E9.

No entanto, ainda se evidenciam algumas lacunas da documentação de um pensamento estruturado e refletido, “Os planeamentos que fazemos não são algo formal” E1.

No âmbito das atividades implementadas sobressaem a promoção da autonomia, os autocuidados, a rede de suporte, a cinesioterapia respiratória, os processos de gestão e prevenção de riscos, a continuidade do processo de reabilitação e a interação com a família. Neste nível, Hesbeen (2003) refere que o espírito de reabilitação, além de omnipresente, deve ser cultivado por todos os membros da equipa. Nestes membros da equipa estão incluídos os elementos próximos do doente, que também devem ser abrangidos pelo processo de reabilitação.

Sobre a avaliação do processo, emerge evidenciando como avaliar os resultados para o doente e os resultados do ensino à família.

Na questão referente a “Que aspetos são necessários reunir para garantir resultados nos cuidados de enfermagem de reabilitação?”, o atributo menos explanado foi o resultado. Nas narrativas dos participantes observou-se uma ausência da medição dos resultados, “nós vamos avaliando mais ao menos o que é que achamos, o que é que não achamos... mas é um bocado subjectivo” E6. Importa realçar que “A medição dos resultados é apenas o primeiro passo de uma série de actividades. Para fazer correcções, tem que se andar para trás, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados, daí podendo ter que ir até aos aspectos de estrutura que tenham sido responsáveis ou contribuído para os mesmos” (Silva, Varanda e Nóbrega, 2004, p. 61). Apesar de considerarem relevante a produção de indicadores que evidenciem a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, os mesmos não são aplicados. Sendo o atributo resultado, dividido em três temas: os instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e os resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos.

Para medir a qualidade dos cuidados, deve-se seleccionar os instrumentos mais adequados, tendo sido realçados a utilização de escalas e as auditorias.



Conforme referido nas competências do enfermeiro especialista de reabilitação é citada a necessidade de avaliar os resultados das intervenções implementadas “monitorizando a implementação e os resultados dos programas e usando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social” (Regulamento nº 122/2011).

Na avaliação dos resultados, é importante estabelecer, que estratégias se devem adotar para avaliar os resultados, através de ferramentas que possam quantificar e comparar os resultados de modo contínuo. A imprescindibilidade da produção de indicadores e a sua utilização é reforçada no discurso dos entrevistados. Para além da obtenção dos ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença, objetivo estratégico consagrado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2004) e referido pelos entrevistados, outros indicadores foram descritos, nomeadamente, as mudanças do estado de saúde, os conhecimentos adquiridos, a satisfação com o atendimento e a satisfação com os resultados. Grande parte dos entrevistados salientou a importância da avaliação da satisfação do utente. Por último a avaliação dos recursos humanos que segundo Mezomo (2001, p. 62) “O grande resultado de uma adequada gestão dos recursos humanos é a melhoria da própria qualidade pessoal, que por sua vez, é condição para o sucesso da organização.” A este nível, a avaliação de desempenho assume relevância visível no discurso dos entrevistados.

Os resultados que emergem das narrativas dos participantes traduzem-se por um conjunto de atributos, a que poderíamos denominar, tal como Donabedian (2003), de componentes da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em serviços de medicina. Estes atributos aparecem agregados tal como na literatura consultada, conjugando uma tríade de elementos sendo eles a estrutura, o processo e o resultado.

A estrutura poderia ser o principal determinante da qualidade dos cuidados, no entanto as variações nas características da estrutura do sistema, a menos que sejam grandes, podem não ser significativas sobre a qualidade. Indo ao encontro do que nos refere este entrevistado: “As instalações são importantes mas não são o fundamental” E11.

Em contraposto à estrutura, as características detalhadas do processo de cuidados de saúde podem fornecer informações válidas sobre a qualidade. De certa forma, a afirmação “Qualidade dos cuidados” poderia ser tomada no sentido “Qualidade dos processos de cuidados” (Donabedian, 2003).

As características detalhadas do processo de cuidados de enfermagem de reabilitação podem fornecer informações preciosas sobre a qualidade. Mas esses atributos derivam também de uma relação previamente estabelecida, entre o processo e o resultado. Ou seja, dizemos que tais características do processo significam qualidade, porque sabemos que elas contribuem para os resultados desejáveis. Os processos de cuidados relacionam-se mais diretamente com os resultados, do que propriamente as características da estrutura (Donabedian, 2003). Alguns autores expressam a existência de contradições entre indicadores de processo e de resultados, uma vez que, para alguns, os indicadores de processo perdem sentido se a sua qualidade não se refletir no resultado, enquanto outros argumentam que os resultados dependem de fatores individuais dos pacientes e nada têm a ver com a qualidade do processo (Paneque, 2004).

Por último, o resultado que apesar de ser descrito como o último das componentes da avaliação da qualidade consiste no primeiro passo de uma série de atividades, ao longo do qual é possível fazer correções, até ao processo que conduziu aos resultados não desejados (Silva, Varanda e Nóbrega, 2004). Apesar da controvérsia associada à avaliação dos resultados, dado que, o que mais importa é o efeito do tratamento sobre a saúde do cliente, deve ser lembrado que os resultados podem não ser só definidos e atribuíveis aos cuidados, podem intervir outras variáveis, daí a necessidade de incluir todos os “inputs” para o resultado final (Donabedian, 2003).

Todos os temas abordados anteriormente vêm dar resposta à nossa inquietação inicial, “Que aspetos são necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina?”, convém referir, que esta tríade de elementos não é formada por partes autónomas e dissociadas entre si, mas sim, elementos intimamente ligados e inter-relacionados, que mantêm uma certa linha de causalidade e efeito (Mezomo, 2001). Isto porque, as metodologias de qualidade “que hoje usamos são como um sistema

hidrográfico: o rio que dele resulta tem nascentes e afluentes que o ajudaram a crescer ao longo do percurso que o condiciona e em que se espalha” (Silva, Varanda e Nóbrega, 2004, p. 13).

A figura 3 em forma de diagrama ilustra os achados deste estudo, reforçando a complexidade da avaliação da qualidade, que tal como nos refere Donabedian (2003). As relações entre estrutura, processo e resultado, não são totalmente compreendidas. Existe uma relação nesta cadeia de eventos em que cada evento é um fim, ao que vem antes dela, e uma condição necessária

para o que se segue. Isto indica que a relação meios-fim entre cada par adjacente requer validação em qualquer cadeia de hipotéticos ou reais eventos. Por outro lado, incorporando a conceção de Deming que nos fala numa sucessão de ciclos, em que a qualidade é repensada e melhorada continuamente no âmbito de um processo pragmático de aprendizagem (António e Teixeira, 2007). Indo ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, no que se refere à melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 122/2011).

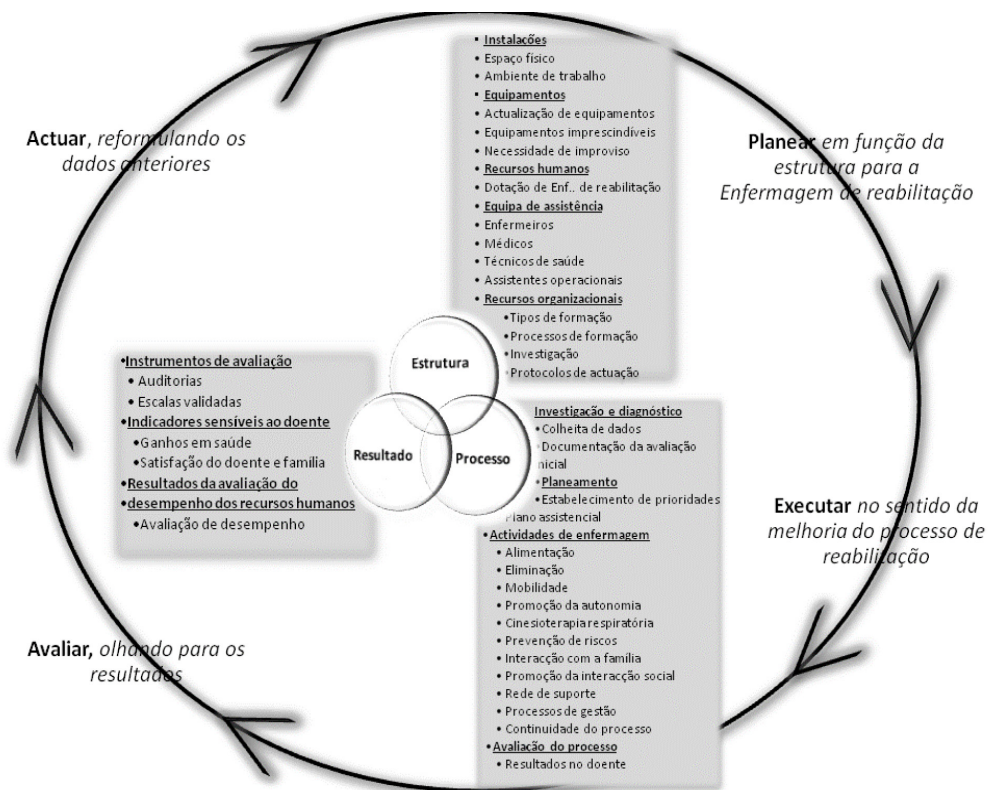


FIGURA 3 – Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em unidades de internamento de medicina

A enfermagem de reabilitação deve avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado (Regulamento nº 122/2011). Ou seja, implementando programas de melhoria contínua, planeados em função da estrutura, para a prestação de cuidados de reabilitação, executados no sentido da melhoria do processo de reabilitação, avaliados, olhando para os resultados, e actuar, reformulando os dados anteriores. Após terminar o ciclo reinicia-se um novo

ciclo e assim sucessivamente, implicando questionar continuamente todas as ações, guiando a enfermagem de reabilitação pelo caminho da melhoria contínua.

## Conclusão

O conceito da qualidade já percorreu um longo caminho até chegar aos nossos dias. A qualidade em saúde é uma responsabilidade crescente, deixou de



ser uma opção, passando a ser uma obrigação. Estes aspetos refletem a centralidade da nossa investigação, nomeadamente encontrar um percurso da sua aplicabilidade à enfermagem de reabilitação.

Ao longo deste percurso identificamos os aspetos que seriam necessários integrar para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação em três grandes vertentes, sendo elas a estrutura, o processo e os resultados, num ciclo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Foram analisadas as condicionantes do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de reabilitação a estes vários níveis, sendo eles, as instalações, equipamentos, recursos humanos, equipa de assistência, recursos organizacionais, investigação e diagnóstico, planeamento, atividades de enfermagem, avaliação do processo, instrumentos de avaliação, indicadores sensíveis ao doente e resultados da avaliação do desempenho dos recursos humanos.

Nos processos de trabalho desenvolvidos pelos enfermeiros de reabilitação para garantir a qualidade da assistência em unidades de internamento de medicina, realça-se a ausência de processos estruturados e sistemáticos de avaliação da qualidade, embora de expressos por alguns entrevistados, mas pouco explícitos.

No decurso das entrevistas foi sentido, a necessidade de uma cultura de qualidade, o que reforça a necessidade de formação e envolvimento dos profissionais numa política de melhoria contínua da qualidade. A presente pesquisa procurou obter mais-valias para o desenvolvimento de uma política de qualidade e com isso contribuir para a melhoria de cuidados.

Sugerimos que sejam desenvolvidos novos estudos com outros elementos, integrando, paralelamente, enfermeiros de reabilitação da prestação de cuidados e enfermeiros com cargos de gestão e formação no âmbito da qualidade. Também consideramos pertinente a realização futura, de estudos de campo noutros estabelecimentos de saúde.

## Referências bibliográficas

ANTÓNIO, Nelson Santos ; TEIXEIRA, António (2007) - *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. 1ª ed. Lisboa : Edições Sílabo.

APÓSTOLO, João Luís ; GAMEIRO, Manuel (2005) - Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em

enfermagem: uma análise crítica. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, nº 1, p. 29-38.

BARDIN, Laurence (2004) - *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa : Edições 70.

CAMPOS, Luís ; CARNEIRO, António Vaz (2010) - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade no PNS 2011-2016* [Em linha]. [Consult. 13 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/06/Q1.pdf>>.

DONABEDIAN, Avedis (2003) - *An introduction to quality assurance in health care*. New York : Oxford University Press.

EGGLI, Yves ; HALFON, Patricia (2003) - A conceptual framework for hospital quality management. *International Journal of Health Care Quality Assurance* [Em linha]. Vol. 16, nº 1, p. 29-36. [Consult. 05 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <https://webvpn.uminho.pt/http/0/www.emeraldinsight.com/journals.htm?issn=0952-6862&volume=16&issue=1&articleid=841158&show=html>>.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa : Lusodidacta.

HESBEEN, Walter (2001) - *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures : Lusociência.

HESBEEN, Walter (2003) - *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures : Lusociência.

MEZOMO, João Catarin (2001) - *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. 1ª ed. São Paulo : Editora Manole.

MOTA, Nancy Val y Val Peres da ; MELHEIRO, Marta M. ; TRONCHIN, Daisy M. Rizzato (2007) - A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do programa de qualidade hospitalar. *Revista de Administração em Saúde* [Em linha]. Vol. 9, nº 34, p. 9-15. [Consult. 13 Dez. 2010]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.cqh.org.br/files/RAS34\\_a%20constru%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20constru%C3%A7%C3%A3o.pdf)>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros.

PANEQUE, Rosa E. Jiménez (2004) - Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Publica* [Em linha]. Vol. 30, nº 1, p. 17-36. [Consult. 05 Abr. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.santacruz.gov.ar/planes/concursos/JIMENEZ%20PANEQUE%20%20Indicadores%20de%20calidad.pdf>>.

PEREIRA, Filipe (2011) - *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de doutoramento.

PINTO, Abel ; SOARES, Iolanda (2009) - *Sistemas de gestão da qualidade: guia para a sua implementação*. Lisboa : Edições Sílabo.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004) - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa : Direcção Geral da saúde. (Orientações estratégicas; Vol. 2).

REGULAMENTO n.º 122/2011. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8648-8653.

SILVA, Andreia ; VARANDA, Jorge ; NÓBREGA, Sónia Dória (2004) - *Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais*. 1ª ed. Cascais : Principia.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) - *Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives* [Em linha]. [Consult. 06 Abr. 2010]. Disponível em WWW: <URL:[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf)>.df>.