

**QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM
ANGOLA: REGIÃO SUL**

QUALITY OF NURSING CARE IN ANGOLA: SOUTH REGION

Paula Cristina Martins Torres

Porto, 2021

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DOS CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM ANGOLA: REGIÃO SUL**

**QUALITY OF NURSING CARE IN ANGOLA:
SOUTH REGION**

Orientadora: Professora Doutora Maria
Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Autora: Paula Cristina Martins Torres

Porto, 2021

“Somos do tamanho dos nossos sonhos”

Fernando Pessoa

“A qualidade nunca se obtém por acaso, ela é sempre o resultado do esforço inteligente”

Jonh Ruskin

DEDICATÓRIA

Para viver felizes devemos rodear-nos de pessoas que nos valorizam e que nos tocam a alma e o coração.

Aos meus filhos, Pedro e Sofia, que fizeram esta caminhada comigo e que em muitas situações tiveram ausente uma mãe presente. Ao meu companheiro e amigo Rui, que ao longo desta nossa vida em conjunto tem tentado apoiar-me em todas as minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Na vida devemos ser capazes de reconhecer quem nos ajuda nas nossas vitórias e agradecer. Assim, em primeiro lugar agradeço o dom da vida e do amor pelo qual sempre fui rodeada.

Aos meus pequenos e adoráveis filhos, e marido, pais, sogros e amigos que durante todas as caminhadas académicas têm estado presentes e lutam ao meu lado com o objetivo de atingirmos o sucesso.

À carismática orientadora Professora Doutora Maria Manuela Martins, pela sua personalidade irreverente e motivadora que desde o primeiro contato incutiu em mim o lema “nunca desistir a não ser por uma melhor opção”, obrigada pela sua força.

À direção da Escola Superior de Enfermagem do Porto por permitir a realização de cursos com modalidades elearning, que contemplem pessoas que por diversas razões se encontram fora de Portugal e que sem os quais não poderíamos apostar na nossa formação.

Ao grupo de colegas de pós-graduação e mestrado que foram calorosos e companheiros durante esta formação, obrigada pela vossa partilha, em especial a Ana, o Alberto, a Marlene, a Sandra, a Anjos e a Andreia.

À minha instituição, Instituto Superior Politécnico Tundavala, em especial à Professora Doutora Margarida Ventura pela confiança e apoio que sempre depositou em mim.

Aos amigos e colegas Angolanos, que há 12 anos me receberam e que hoje sinto que aquela é também a “nossa” terra.

Aos amigos de sempre, obrigada pela partilha ontem, hoje e, espero contar convosco amanhã!

Com um carinho redobrado agradeço à Dianinha, ao Professor Doutor Teixeira Pinto pelo incentivo e força que me deu para a realização deste mestrado e, à Professora Manuela Castro que ao final de quase vinte anos está sempre disponível.

Um especial agradecimento aos que participaram na realização deste trabalho, com a logística e a organização devido à grande dispersão geográfica! E aos enfermeiros Angolanos que tentam, mesmo em situações adversas, não esmorecer na luta pela qualidade dos cuidados de enfermagem.

RESUMO

A qualidade dos cuidados de enfermagem é uma premissa indispensável à assistência de enfermagem, assim a procura pela excelência deve pautar as intervenções durante todo o exercício profissional independentemente do local onde ocorra. Nesta investigação tivemos como objetivo geral contribuir para melhorar as condições da qualidade para a assistência de enfermagem nas províncias da Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene a partir do conhecimento da qualidade percebida pelos enfermeiros gestores e os enfermeiros cuidadores. A qualidade depende em parte da consciencialização dos enfermeiros sobre o que pretendem do seu exercício pelo que se torna útil saber como é que os enfermeiros percebem a qualidade face aos focos da sua intervenção.

Metodologicamente optou-se por um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa, realizado na região sul de Angola contemplando várias instituições de saúde das 4 províncias: Huíla, Moçamedes, Kuando-Kuvango e Cunene com um total de 392 profissionais de enfermagem inquiridos através de um questionário onde se incluía a escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade dos Cuidados. Dos resultados salienta-se: a maioria dos profissionais de enfermagem (59,9%) tem uma boa percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Verificamos que na perspectiva dos enfermeiros dos cuidados a avaliação dos mesmos é maioritariamente boa, ao passo que para os enfermeiros gestores ela vai no sentido de boa a razoável, no entanto a percentagem de enfermeiros dos cuidados que avaliam a qualidade dos cuidados como má é superior à dos enfermeiros gestores. No que concerne à qualidade dos cuidados dos serviços e do hospital, os enfermeiros dos cuidados e os enfermeiros gestores são unânimes ao classificá-la na sua maioria como adequada. De uma forma geral, a maioria dos enfermeiros concretiza às vezes ou sempre as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. As atividades mais frequentemente realizadas estão relacionadas com as dimensões da Prevenção de Complicações, Readaptação funcional e Organização dos Cuidados de Enfermagem e, as dimensões que os enfermeiros percebem como menos executadas são a Satisfação do utente, a Promoção da saúde e o Bem-estar e o autocuidado.

Em síntese, dos fatores mais relevantes para a garantia da qualidade dos cuidados, os recursos humanos, são na perspectiva dos enfermeiros gestores o mais relevante, e para os enfermeiros dos cuidados é a formação profissional. Acreditamos que a avaliação da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem é um ponto fulcral para melhorar as condições da qualidade para a assistência de enfermagem em Angola.

Palavras-chave: qualidade; gestão; cuidados de enfermagem

ABSTRAT

The quality of nursing care is an essential foundation to nursing assistance; therefore, the pursuit of excellence should be an integral part of the professional execution regardless of the location where it takes place. In this study the main goal was to contribute to the improvement of the quality of nursing assistance in the provinces of Huila, Moçamedes, Kuando Kubango and Cunene, beginning with the knowledge of quality perceived by the nurses, managers and care-givers. Quality depends in part on the nurses' awareness about what they expect of their efforts which makes it worth knowing how the nurses perceive the quality based on their efforts.

In terms of methodology, this study is descriptive exploratory in nature. The study was done in the southern region of Angola including various health institutions in four provinces: Huila, Moçamedes, Kuando-Kubango and Cunene. A total of 392 nursing professionals were interviewed using a questionnaire which includes a scale of perception of nursing activities which contribute to the quality of care. Most nursing professionals (59,9%) have a good perception of the quality of nursing care provided.

It was noted that in the opinion of nurses of care, the evaluation of themselves in general, is good, while for the nurse managers it goes from good to reasonable.

However, the percentage of care nurses that evaluate the quality as bad is higher than that of the nurse managers. In terms of the quality of the services and the hospital, the care nurses and the nurse managers are unanimous in classifying most of them as *adequate*.

In general terms, most nurses sometimes or always participate in activities that contribute to the quality of nursing care.

The most frequent activities have to do with prevention of complications, functional re-adaptation and organization of nursing care. The activities in which they participate less are satisfaction of the user, promoting health and well-being and self-care.

The most relevant factor to guarantee the quality of care, in the perspective of the nurse managers, is human resources. In the opinion of the care nurses it is professional training. It is believed that assessing the perception of the quality of nursing care is a focal point to improve the conditions of quality for nursing care in Angola.

Keywords: quality; management; nursing cares

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CIPE - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

DGS - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

IDH - ÍNDICE DESENVOLVIMENTO HUMANO

INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

GRH- GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

GQ - GESTÃO DA QUALIDADE

OGE- ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE

OE - ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESA

ORDENFA - ORDEM DOS ENFERMEIROS ANGOLANA

MINSÁ - MINISTÉRIO DA SAÚDE ANGOLANO

PND - PLANO NACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO

PNDS - PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO

SGQ- SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

SIE- SISTEMAS DE INFORMAÇÃO ENFERMAGEM

SNS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1.1- GESTÃO EM ENFERMAGEM.....	4
1.2- QUALIDADE EM SAÚDE.....	8
1.2.1- Gestão da qualidade em sistemas de saúde.....	13
1.3- QUALIDADE EM ENFERMAGEM.....	18
1.3.1-Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enunciados descritivos.....	19
1.4- CUIDADOS DE SAÚDE EM ANGOLA.....	24
1.4.1- Caraterização da República de Angola.....	25
1.4.2 - Sistema de saúde angolano.....	26
1.4.3 - Breve historial da enfermagem em Angola.....	30
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	32
2.1- Preparação do trabalho de campo.....	32
2.2- Variáveis em estudo.....	34
2.3- População e amostra.....	40
2.4- Instrumento de colheita de dados.....	41
2.5 - Procedimentos de colheita de dados e ética.....	42
PARTE III - OLHAR SOBRE A PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E SEU CONTEXTO NA ÓTICA DOS ENFERMEIROS ANGOLANOS.....	45
3.1-Descrição da amostra.....	45
3.2- Avaliação da qualidade dos cuidados no hospital.....	52
3.2.1 Perceção da qualidade: satisfação do utente.....	53
3.2.2 Perceção da qualidade: promoção da saúde.....	54
3.2.3 Perceção da qualidade: prevenção e complicações.....	55
3.2.4 Perceção da qualidade: bem-estar e autocuidado.....	57
3.2.4 Perceção da qualidade: readaptação funcional.....	59
3.2.5 Perceção da qualidade: organização dos cuidados de enfermagem.....	60
3.3- Outros olhares da qualidade.....	64
3.4- Das condições à avaliação da perceção da qualidade.....	70
PARTE IV - DO OLHAR DOS ENFERMEIROS DE ANGOLA À EVIDÊNCIA SOBRE A QUALIDADE.....	80
CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

ANEXOS.....	98
-------------	----

ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL PROVINCIAL DO CUNENE

ANEXO 3- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL GERAL DE MENONGUE

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL MATERNO INFANTIL LIPEYE

ANEXO 5- AUTORIZAÇÃO HOSPITAL PEDIÁTRICO PIONEIRO ZECA

ANEXO 6- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL PROVINCIAL DO NAMIBE

ANEXO 7 - AUTORIZAÇÃO MATERNIDADE IRENE NETO

ANEXO 8 - AUTORIZAÇÃO HOSPITAL CENTRAL DR. ANTÓNIO AGOSTINHO NETO

ANEXO 9- AUTORIZAÇÃO HOSPITAL MUNICIPAL SACO MAR

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas e profissionais.....	35
Quadro 2 - Variável Padrões da Qualidade.....	37
Quadro 3 - Variáveis fatores que interferem na qualidade dos cuidados de enfermagem....	39
Quadro 4 - Percepção subjetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem.....	39
Quadro 5 - Distribuição dos dados descritivos da percepção da qualidade pelas categorias	62
Quadro 6 - Distribuição entre as dimensões da escala e o ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor.....	70
Quadro 7 - Distribuição entre as dimensões da escala e o sexo.....	72
Quadro 8 - Distribuição entre as dimensões da escala e as classes de idade.....	74
Quadro 9 - Distribuição entre as dimensões da escala e a categoria profissional dos enfermeiros	75
Quadro 10 - Distribuição entre as dimensões da escala e o cargo que os enfermeiros ocupam.....	77
Quadro 11 - Distribuição entre as dimensões da escala e os hospitais das diferentes províncias.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução do Modelo de Processo de Enfermagem para as Cinco Etapas.....	5
Figura 2 - Ciclo de Deming.....	10
Figura 3 - Categorias dos padrões da Qualidade.....	36
Figura 4 - Mapa de Angola.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra em relação ao sexo e ao cargo que os enfermeiros ocupam	46
Gráfico 2 - Distribuição da amostra em relação ao sexo e à categoria profissional dos enfermeiros.....	46
Gráfico 3 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis classes de idades e ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor.....	47
Gráfico 4 - Distribuição da amostra em relação à categoria profissional dos enfermeiros	48
Gráfico 5 - Distribuição da amostra em relação aos anos de exercício profissional.....	49
Gráfico 6 - Distribuição dos resultados da escala em intervalos para enfermeiros gestores e enfermeiros dos cuidados.....	63
Gráfico 7 - Distribuição da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem entre enfermeiros dos cuidados e enfermeiros gestores e as suas províncias.....	64
Gráfico 8 - Distribuição da avaliação dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores face à qualidade dos cuidados de enfermagem do seu serviço.....	68
Gráfico 9 - Distribuição da avaliação dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores face à qualidade dos cuidados de enfermagem do seu hospital.....	68
Gráfico 10 - Distribuição entre o total da escala e o ser enfermeiro gestor ou enfermeiro dos cuidados.....	71
Gráfico 11 - Distribuição entre o total da organização dos cuidados e o sexo.....	73
Gráfico 12 - Distribuição entre o total da escala e o sexo	73
Gráfico 13 - Distribuição entre o total do bem-estar e autocuidado e a classe de idades....	74
Gráfico 14- Distribuição entre o total da escala e autocuidado e a categoria profissional...	76
Gráfico 15- Distribuição entre o total da escala e os hospitais das diferentes cidades.....	79

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1 - Distribuição da amostra em relação às classes etárias dos enfermeiros.....	47
Tabela 2 - Distribuição da associação entre a categoria profissional e ser enfermeiro dos cuidados ou ser enfermeiro gestor.....	48
Tabela 3 - Distribuição da associação entre o sexo e ser enfermeiro dos cuidados ou ser enfermeiro gestor.....	50
Tabela 4 - Distribuição da amostra sobre ter especialidade ou não ter especialidade.....	50
Tabela 5 - Distribuição dos resultados da amostra sobre os enfermeiros dos cuidados e os enfermeiros gestores em relação a terem ou não especialidade.....	51
Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a variável estudar no atual momento.....	51
Tabela 7 - Distribuição da relação entre o ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor e estudar.....	52
Tabela 8 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a satisfação do utente.....	53
Tabela 9 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a promoção da saúde.....	54
Tabela 10 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a prevenção de complicações..	56
Tabela 11 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre o bem-estar e o autocuidado...	58
Tabela 12 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a readaptação funcional.....	60
Tabela 13 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a organização dos cuidados de enfermagem.....	61
Tabela 14 - Distribuição dos resultados segundo a pontuação da escala em intervalos.....	62
Tabela 15 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre os fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem.....	65
Tabela 16 - Distribuição da percepção dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores sobre os fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem.....	66

Tabela 17 - Distribuição da opinião dos enfermeiros obre a qualidade dos cuidados do Serviço e do Hospital.....	67
---	----

INTRODUÇÃO

A qualidade constitui-se como fundamental para o sucesso de qualquer organização, no sentido em que o desenvolvimento de uma cultura baseada em princípios da qualidade promove o caminho para a eficácia e a melhoria contínua dos serviços. Atualmente a base filosófica da melhoria contínua da qualidade integra a centralização no utente, a delegação de poderes, a liderança e serviço, envolvendo todos os profissionais na satisfação do utente e incorporando a qualidade em todos os sistemas e processos da organização (Deming *cit.in* Sheehy 2001).

A qualidade dos cuidados de enfermagem é primordial para o bom desempenho de uma organização, visto que a saúde é um direito básico de todos os indivíduos. A este direito subjaz a necessidade de que os cuidados de saúde que são prestados, sejam cuidados de saúde de qualidade. A garantia da qualidade é o processo pelo qual se garante que os cuidados junto do doente estão em harmonia com as normas estabelecidas

De acordo com a melhoria da qualidade contínua, os profissionais são incentivados no sentido de analisarem os diferentes processos pelos quais os cuidados são prestados aos doentes, e de reformularem estes processos, com o intuito de obter uma maior eficácia na prestação dos cuidados, reduzindo os custos, mas, melhorando a qualidade. Neste sentido, durante a prestação de cuidados, os enfermeiros deparam-se frequentemente com situações que exigem a tomada de decisões clínicas que influenciam quer o doente, quer a família, quer o enfermeiro, quer mesmo a dinâmica do serviço. Atualmente é fundamental que os enfermeiros justifiquem e sejam responsabilizados pelas decisões que tomam. A prática baseada na evidência e o desenvolvimento de decisões claras, racionais e sedimentadas no conhecimento são fundamentais na prestação de cuidados de qualidade.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é fundamental para o cuidar em enfermagem, trazendo um papel específico aos enfermeiros gestores, no sentido de proporcionar condições para que ocorra qualidade, mas também para controlar se a qualidade ocorre.

As mudanças de paradigma e a implementação de estratégias viáveis para uma enfermagem de excelência devem ser objetivos primordiais do enfermeiro gestor essencialmente em hospitais públicos, onde há a carência de recursos e a necessidade de uma gestão adequada de recursos humanos e materiais. Torna-se necessário que os enfermeiros gestores sejam capazes, na sua prática, diária de criar soluções inovadoras e modelos originais capazes de aliviar as inevitáveis pressões inerentes a qualquer organização, especialmente as de saúde.

A gestão da qualidade não é algo tão remoto. Por volta dos anos 50 no Japão (Ishikawa foi o pioneiro), e por volta dos anos 80, Juran e Deming e, Philip Crosby e Armand Feigenbaum foram os grandes impulsionadores do conceito de controlo total da qualidade (Pinto & Soares, 2011).

Também em Portugal, o movimento da qualidade inicia-se na década de 80, sendo que em 1988 é certificada a primeira empresa portuguesa na área da qualidade (Portucel - Fábrica de Setúbal). Durante esta década, o movimento da qualidade não pára e passa rapidamente dos sectores industriais para o dos serviços. Em 1997, surge o primeiro organismo de certificação acreditado em Portugal para a certificação de Sistemas da Qualidade, a SGS ICS. No final da década de 90, já praticamente todos os sectores de atividade, incluindo os serviços, têm exemplos de empresas certificadas (Branco, 2008).

A qualidade associada à saúde não é no seu todo um conceito tão linear, no sentido em que este setor é um Mercado muito especial, no qual, o prestador tem a capacidade de criar a sua própria procura. Em Portugal, a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde e organizações sanitárias surge como uma estratégia de reestruturação da organização dos serviços nacionais de saúde, que a partir dos finais dos anos setenta entraram em crise. Entende-se que a má qualidade dos serviços de saúde numa unidade de saúde tem implicações para todos, para os clientes, profissionais de saúde e significa mais custos para a organização e consequentemente para o país.

Em Angola, país africano de referência no âmbito político, económico e na diplomacia internacional, fruto das conquistas alcançadas, apesar dos investimentos feitos no domínio da saúde os indicadores de saúde publicados oficialmente estão ainda aquém da média dos países africanos e do mundo. O país encontra-se num contexto de economia de mercado, caracterizado, entre outros aspetos, pela diversificação das fontes de rendimento e pela privatização. Este ambiente económico potencia o “mercado de saúde” que exige da parte do Estado um forte papel de regulação a fim de garantir a proteção social das populações mais pobres, os interesses do Estado e os benefícios dos agentes económicos envolvidos em atividades da saúde. Por outro lado, a redução das receitas do Estado decorrente da queda do preço do petróleo no mercado internacional contraiu a economia angolana e desencadeou uma redução do orçamento do Estado para o sector da saúde. Esta diminuição reduziu o financiamento das estruturas e instituições do Serviço Nacional de Saúde, originando assim uma escassez de medicamentos, vacinas, dispositivos médicos e outros produtos indispensáveis para a prestação de cuidados clínicos e de saúde pública à população. Reduziu também o acesso da população aos cuidados de saúde de qualidade.

Angola sofreu durante 40 anos uma guerra avassaladora. Após 16 anos de paz, muito tem sido feito na tentativa de se estabelecer como um país competitivo aos vários níveis. No sector da saúde, os problemas são diversos e, aliados a outros problemas multisectoriais, como o abastecimento de água, saneamento básico e energia, que em conjunto são determinantes fatores para a saúde angolana e que ainda precisam de um árduo investimento.

A enfermagem em Angola, sofreu também, nos últimos anos, várias alterações no que se refere à carreira profissional, (técnicos básicos, técnicos médios e licenciados). Só atualmente é que se

tem verificado um aumento exponencial na formação superior, pois até então, predominavam os técnicos básicos nos vários cargos, inclusive na área da gestão e na sua ausência estes eram ocupados por outros profissionais da saúde (psicólogos, técnicos de exame de diagnóstico) o que colocou a enfermagem com várias fragilidades que se tentam atualmente corrigir. Assim parece-nos pertinente executar um diagnóstico de situação em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem no sentido de contribuir para soluções viáveis e, é neste contexto que nos parece pertinente e atual abordar a temática da “Qualidade dos Cuidados de enfermagem em Angola: Região Sul”.

A finalidade deste estudo é contribuir para melhorar as condições da qualidade para a assistência de enfermagem nas províncias da Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene a partir do conhecimento da qualidade percebida pelos enfermeiros gestores e os enfermeiros cuidadores.

Pretendemos analisar a percepção da qualidade de cuidados na perspetiva dos enfermeiros gestores em enfermagem e dos enfermeiros dos cuidados das províncias Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul); Diferenciar a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem entre enfermeiros dos cuidados e enfermeiros gestores das províncias Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul) e Comparar as características sociodemográficas dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros dos cuidados das províncias Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul)

Para dar corpo ao processo de aprendizagem e de investigação vivenciado pretendemos organizar esta tese estruturada em três fases. Inicialmente faremos uma abordagem conceptual dos conceitos e teorias que sustentam a temática, especificamente sobre a qualidade, a qualidade em saúde e a gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem. Segue-se o desenho de investigação, onde se apresentam as opções metodológicas. Posteriormente, a apresentação, análise e discussão de resultados, limitações e implicações, seguidas da conclusão, referências bibliográficas e anexos.

O percurso vivido quer na aprendizagem quer na aproximação ao campo não ficará expresso, mas tornou-se uma vivência que terá consequências no nosso futuro profissional.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico pretende contextualizar a temática de investigação no sentido de a compreender e explicar. Tem como objetivo informar o investigador do que foi escrito sobre o tema escolhido, pois o investigador tem de se inteirar sobre os conhecimentos que já existem sobre a temática escolhida, para se efetuar uma correta abordagem sobre as questões de investigação. A pesquisa de várias fontes bibliográficas permite ao investigador saber o estudo atual dos conhecimentos no domínio escolhido, auxilia na estruturação do problema de investigação e permite estabelecer ligações entre o seu estudo e outros estudos de investigação (Fortin, 2003).

Deste modo, serão abordados conceitos da área da Gestão e da Qualidade em cuidados de Enfermagem.

1.1 - GESTÃO EM ENFERMAGEM

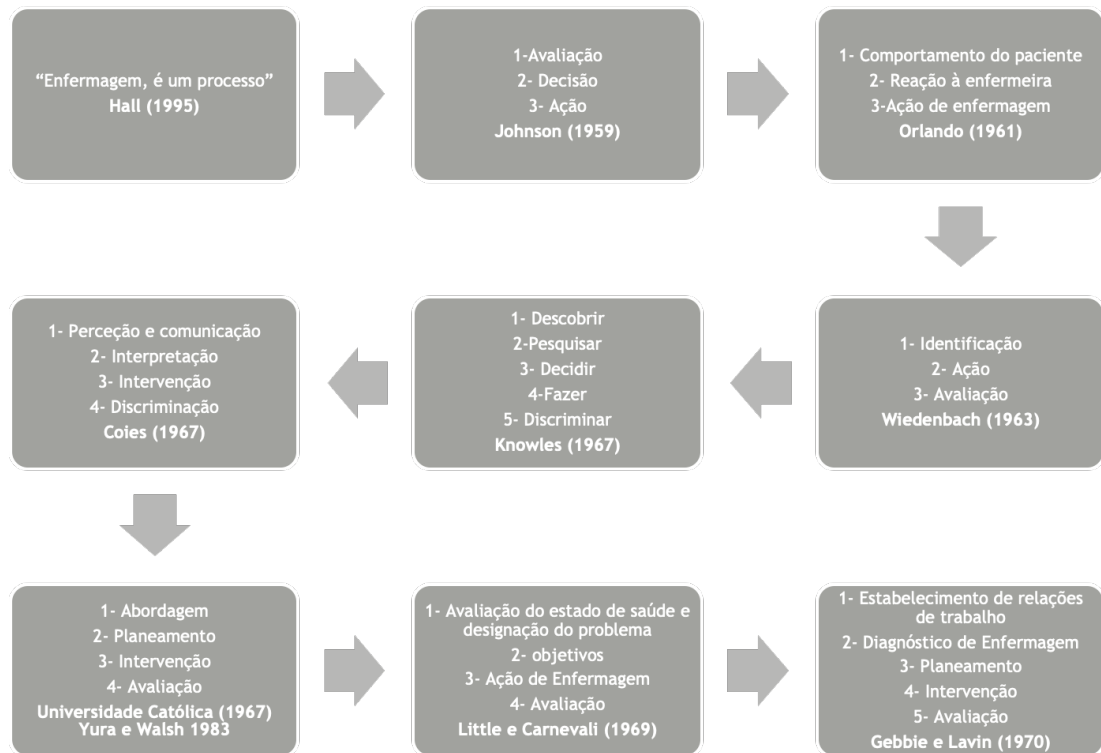
O ser humano é, por natureza um ser social que vive de interações que se repercutem em vários resultados. Neste sentido também o enfermeiro em contato direto com o utente e inserido em organizações necessita de habilidades de gestão no sentido de proporcionar resultados eficientes das diversas interações.

A vida das pessoas, mais do que nunca, depende das organizações e estas dependem do trabalho e empenho daquelas. Enquanto consumidora dos bens ou serviços fornecidos por qualquer organização, qualquer pessoa tem legitimidade de esperar que o bem ou serviço fornecido satisfaça as suas necessidades, por outro lado a produção desses bens ou serviços dependerá da qualidade da gestão dessas organizações. Desta forma a existência de um gestor é fundamental. O gestor é o membro da organização que integra e coordena o trabalho de outros membros e que desempenha, com maior ou menor grau de autonomia, um conjunto de atividades de planeamento, organização, liderança e controlo. Assim, o gestor deve organizar os recursos colocados à sua disposição no sentido de atingir os objetivos organizacionais. (Santos, 2008).

Podemos afirmar que em termos de gestão o olhar teórico para a enfermagem surge com duas aplicações distintas, uma centrada na gestão do cuidado onde diariamente de forma muito simples o enfermeiro aplica processo de enfermagem ou seja diagnostica, planeia, intervém e avalia os resultados dos cuidados. O processo de enfermagem é o método pelo qual o enfermeiro organiza a prestação de assistência em enfermagem (Potter e Perry 1998), George *et.al* (2000) ao citar Vanda Horta refere que o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de intervenções dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, isto é, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer tal intervenção, fundamentado num sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área de atuação. Cronologicamente, o processo de enfermagem tal como o conhecemos

atualmente foi sofrendo evolução ao longo do tempo até se contemplarem as cinco etapas como podemos observar na figura 1 e, é apenas na década de 70 que os educadores de enfermagem e os enfermeiros da prática começaram a usar regularmente, o processo de cinco etapas.

Figura 1 - Evolução do Modelo de Processo de Enfermagem para as Cinco Etapas adaptado de Perry e Potter (1998)



Trabalho diferente emerge no dia a dia dos enfermeiros que tem a ver com o trabalho de equipa, alocação dos recursos humanos, supervisão ou mesmo auditorias internas, organização de recursos materiais entre outras atividades, fazendo parte de uma das áreas distintas das intervenções dos enfermeiros ligada à gestão das organizações ou serviços. Para tal, são necessários a formação e o desenvolvimento de enfermeiros com um perfil de liderança, de forma a prestarem-se cuidados de enfermagem de excelência e segurança e, tornar as equipas de enfermagem coesas e que trabalhem em sinergia, para o alcance da qualidade dos serviços e da própria organização. Segundo Hesbeen (2000), seja qual for o nível de gestão, é fundamental a promoção de condições que promovam o desenvolvimento das competências dos profissionais, a melhoria do exercício profissional assim como a garantia da qualidade dos cuidados.

O enfermeiro gestor surge assim como elemento crucial na melhoria da prestação de cuidados e no desenvolvimento de competências profissionais de enfermagem, orientando e acompanhando

a equipa na direção do alcance dos objetivos, metas e visão da instituição (Barbosa e Melo 2008; Fradique e Mendes, 2013)

Neste contexto, a liderança passa a ser uma temática de grande repercussão para o enfermeiro, presente em todas as atividades num cenário competitivo contemporâneo, no qual ocorrem mudanças rápidas e que exigem decisões acertadas (Malagutti, 2009) diferente das sociedades antigas, nas quais o papel do enfermeiro se focava mais na sobrevivência do paciente e as suas intervenções estavam na custódia e dependência da orientação médica ou de sacerdotes (Potter e Perry 1998).

A liderança é tida como uma das principais competências a ser adquirida pelo enfermeiro e envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e gestão de forma efetiva e eficaz (Amestoy *et al.*, 2008). O enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias e aplicá-las na prática profissional. Com esta concretização as instituições e os profissionais de enfermagem são beneficiados, pois há diminuição da rotatividade de funcionários e de conflitos, aumento da criação de vínculos, com maior envolvimento das pessoas no processo de trabalho e melhor aproveitamento dos recursos (Lanzoni e Meirelles citado por Andres *et al.*, 2014).

De uma forma geral, é importante definir o que é a enfermagem no sentido de entender de que forma os diferentes papéis e ações dos enfermeiros se reúnem num todo que é a profissão. “Ser prestador de cuidados exige, fundamentalmente, um espírito profundamente e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa ou grupo” (Hesbeen, p. 17, 1998).

Atualmente, a enfermagem é perspectivada como uma ciência humana, de ajuda, com uma orientação prática (Meleis, 2005). De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2012, p. 12).

Hesbeen (1998) refere que o profissional que cuida, numa perspectiva de saúde, atua com subtileza utilizando os recursos adequados e cumpre a missão de **perito** (que define o que é exequível e que aumenta o número de caminhos possíveis) e **conselheiro** (que tem um discurso pertinente e esclarecedor sobre os diferentes caminhos possíveis).

Nesta perspectiva parece claro verificar que os enfermeiros precisam desenvolver estas competências no sentido de poder facilitar a prática diária e criar soluções inovadoras e modelos originais capazes de aliviar as inevitáveis pressões inerentes a qualquer organização. Ao ser

atribuída a chefia de um serviço a um enfermeiro ou enfermeira estamos a reconhecer que eles dominam a palavra enfermagem a par das competências de gestão.

Gerir caracteriza-se pela coordenação de custo dos recursos físicos e dos recursos materiais no sentido de garantir a qualidade dos serviços prestados, sendo que uma boa gestão vai favorecer uma melhor eficiência e qualidade dos serviços prestados. Pois, como refere Biscaia (2000, p.10) devemos “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços e custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos.”

Neste sentido os serviços e as organizações exigem competências específicas dos seus responsáveis e o enfermeiro gestor pode dar contributos muito significativos tanto na área da gestão em enfermagem como em saúde. Em Portugal, a OE tem aprovado o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. O exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais e necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela OE numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional sendo ele descrito na alínea i) do artigo 12.º, da alínea o) do n.º 1 do artigo 20.º e da alínea d) do artigo 30.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado em Anexo à Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro.

As competências podem ser definidas como uma combinação de motivos, traços, aptidões, aspetos de autoimagem e conhecimentos. Os primeiros (motivos e traços) traduzem-se na vontade de atingir determinado objetivo. A autoimagem está relacionada com o grau de otimismo e de positividade que o indivíduo coloca no exercício da sua função. Em relação às aptidões e aos conhecimentos, estes permitem desenvolver planos de ação, avaliar riscos e implementar os planos mediante a execução de comportamentos adequadas. (Rego, *et. al*, 2015)

As competências mais relevantes nos gestores são: competências **técnicas**, competências **interpessoais** e competências **conceptuais** (Rego, *et. al*, 2015). Outro modelo das competências do gestor, contemplado pela Associação Americana de Gestão, refere em relação à **gestão dos objetivos e da ação** que o gestor deve ser dotado das seguintes competências: orientação para a eficiência, proatividade, sensibilidade para os impactos gerados, uso do diagnóstico dos conceitos. Em relação aos **subordinados**, o gestor deve ser dotado das seguintes competências: uso do poder unilateral, desenvolvimento dos outros, espontaneidade. Quanto à **Gestão dos Recursos Humanos (GRH)**, o gestor deve ter as seguintes competências: autoavaliação apurada, autocontrole, autoestima e adaptabilidade, objetividade percetual, perspetiva positiva, gestão do processo de grupo, uso do poder socializado. E por último, é contemplada a **Liderança**, à qual o gestor deve responder com as seguintes competências: autoconfiança, conceptualização, pensamento lógico, apresentações orais (Chiavenato, 2009).

Rego (2015) reforça o papel preponderante do enfermeiro gestor, enquanto vetor da mudança, da aquisição e aperfeiçoamento de competências e conhecimentos por parte dos elementos da sua equipa, com o intuito de assegurar a qualidade dos cuidados prestados, gerindo os recursos disponíveis.

Quanto ao perfil das competências do enfermeiro gestor, o Diário da República, 2.ª série-N.º48-10 março de 2015, refere que, para além das competências comuns específicas previamente adquiridas, como são referidas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicado pelo Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro, no seu artigo n.º 6 e artigo n.º9, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem.

Os domínios da competência acrescida do enfermeiro gestor são a gestão e a assessoria de gestão. Neste sentido, os enfermeiros gestores devem estar capacitados de forma consistente para desempenhar funções relacionadas com a gestão dos cuidados, recursos humanos e recursos materiais através de estratégias que o conduzam a alcançar os objetivos da sua instituição tendo por base a missão e os valores da mesma organização (Barbosa 2011).

Para Chiavenato (2002), a gestão de uma organização conduz a uma maior eficiência e a uma melhor adequação dos recursos disponíveis, sendo que para garantir a qualidade e o sucesso deve existir a partilha e a divulgação da informação. O enfermeiro com funções de gestão é um elemento fundamental para o sucesso da organização no sentido em que, como líder de um serviço, é responsável pela gestão dos recursos humanos, recursos materiais e equipamentos e assim, no seu processo de gestão está implicado o resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem e também a satisfação dos utentes.

O Enfermeiro Gestor deve assim, segundo as orientações implícitas nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro gestor, criar as condições necessárias para a avaliação da satisfação utentes, garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, estimular a formação contínua dos membros da equipa, colaborar na avaliação dos cuidados, assim como na criação de indicadores de gestão.

1.2 - QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade tem-se demonstrado complexo quer para gestores quer para os académicos, podendo assim criar-se várias definições do conceito de qualidade, dependendo da perspetiva de cada autor. Assim, a qualidade é um conceito multifacetado, que pode estar relacionado com a capacidade de servir determinados fins, com a excelência de uma organização, ou até mesmo, coincidir com a eficácia, eficiência e produtividade. Importa compreender a diferenciação da qualidade quando se trata de serviços de saúde.

Ao longo dos tempos, o conceito de qualidade foi evoluindo. Segundo Loffler, *citado por* Oliveira Rocha (2006), a história da qualidade pode ser dividida em cinco fases: Inspeção da qualidade (1945-1949); Controlo estatístico da qualidade (1949- 1951); Sistema orientado para a garantia da qualidade (1951- finais dos anos 60); Controlo da qualidade em toda a organização (finais dos anos 60 até anos 80); Gestão da qualidade total - TQM (anos 80 até ao presente).

Relativamente à **primeira fase (1945-1949)**, esta estava centrada na conformidade com standards e especificações técnicas, sendo o sistema de gestão a inspeção, ou seja, a procura dos defeitos para os travar e permitir apenas a seleção dos produtos bons. A produção é em massa e a medida da qualidade é um conceito objetivo. Na segunda fase: **Controlo estatístico da qualidade (1949-1951)**, a alteração significativa em relação à fase precedente é a da conversão da inspeção em controlo estatístico da qualidade. O impulso para esta mudança está centrado em Deming. Já na fase de **Sistema orientado para a garantia da qualidade (1951-finais dos anos 60)**, o foco deixa de ser o produto final, mas sim o processo desde a conceção e durante toda a produção. Passamos a um processo dinâmico que pretende a adequação ao uso, garantindo assim a qualidade. Na quarta fase: **Controlo da qualidade em toda a organização (finais dos anos 60 até anos 80)**, a definição de qualidade está centrada na conformidade com as exigências dos clientes e com as suas necessidades. Desta forma, o sistema de gestão passa ser no sentido do controlo da qualidade em toda a organização. Por último, a quinta fase: **Gestão da qualidade total - TQM - (anos 80 até ao presente)**, aqui a qualidade é definida como o alcance da máxima satisfação dos clientes. Nesta fase, a gestão da qualidade deixa de ser centralizada no topo hierárquico e passa a permitir a tomada de decisões estratégicas por todos os elementos da organização (Oliveira Rocha, 2006; Branco, 2008; Pinto e Soares, 2011). De uma forma geral é perceptível que desde a década de 40 até à atualidade o conceito de qualidade tem vindo a alterar-se, tornando-se cada vez mais próximo das necessidades e expectativas do cliente.

Atualmente, o conceito de qualidade, é identificado com o conceito de Gestão da Qualidade Total (TQM), sendo que esta pressupõe uma interface entre os produtores ou fornecedores de serviços e os consumidores; não pode ser imposta de fora da organização supondo uma cultura e uma filosofia de gestão; implica uma abordagem à gestão diferente da tradicional e, por último, aponta para um processo contínuo de melhoria (Oliveira Rocha, 2006).

Na Gestão da Qualidade Total (TQM), a nível organizacional verifica-se uma inversão da pirâmide hierárquica, quando comparada com a Gestão tradicional. Assim na TQM, os consumidores e clientes e a sua satisfação são de máxima importância, seguem-se os trabalhadores ou grupo de trabalho e em último a gestão de topo (Dale e Cooper, 1995).

Em relação aos teóricos que fundaram o conceito de qualidade, abordaremos agora os principais: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa, no sentido de entendermos a opinião que cada um deles tem sobre a qualidade (Branco, 2008, Oliveira Rocha, 2006).

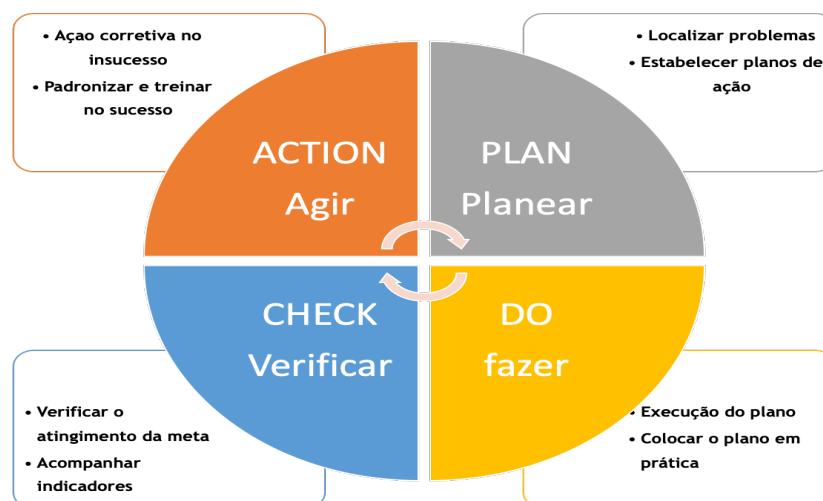
As correntes da qualidade, baseiam-se então, de uma forma simples, em teóricos americanos por um lado, e japoneses por outro lado. O americano Edwards Deming nasceu nos Estados Unidos da América em 1900 e em 1950 foi convidado para dirigir ações de formação na área da estatística e controlo da qualidade no Japão. Pelo seu trabalho desenvolvido no Japão é considerado o pai do milagre industrial japonês (Silva, 2013).

Em relação às linhas de orientação de Deming, este refere que a qualidade tem de estar definida com base na satisfação dos clientes, ou seja, os produtos ou serviços devem ser ajustados às preferências, exigências ou necessidades do cliente, por outro lado, a qualidade é considerada multidimensional, isto é, são várias as características definidoras, sendo que a qualidade deve ser continuamente ajustada, pois não é um conceito estático (Pisco e Biscaia 2001).

A obra de Deming contribuiu para a divulgação do conhecido Ciclo de Deming (figura 2) ou método PDCA (Plan, Do, Check, Action). Na primeira etapa, a do planeamento, o gestor deve estabelecer as metas que ele pretende atingir. Na segunda etapa, executar/implementar, coloca-se em prática o que foi planeado para atingir o objetivo. Após a execução do que foi planeado, passamos à terceira etapa, controlar e analisar constantemente o resultado, assim pode-se comparar o que foi planeado com o resultado. Por último, chega a fase da ação, na qual se avalia tudo o que foi feito, e tende-se a melhorar, ou seja, fazer novos planos de ação, de melhorar o que não deu certo ou de melhorar o que foi feito.

Este ciclo é feito de forma contínua, visto que a qualidade, como se referiu, não é estática, assim a cada término do ciclo, inicia-se um novo ciclo (Branco, 2008).

Figura 2 - Ciclo de Deming, adaptado de Periard (2011)



Joseph Juran, nasce na Europa, na Roménia, em 1904 e emigra para os Estados Unidos da América em 1912. Tendo fundado o Juran Institute, em 1979 e sendo autor de várias publicações, Juran afirmava que a qualidade é uma questão de gestão, necessitando de três aspetos essenciais: qualidade do planeamento, qualidade do controlo e melhoria contínua. A linha de pensamento de Juran vai de encontro à de Deming, referindo que a qualidade consiste em satisfazer as necessidades dos clientes e gerar lucros. Ambos, defendem a necessidade de que todos os elementos da organização devem participar na melhoria da qualidade (Oliveira Rocha, 2006).

Armand Feigenbaum, também americano, é considerado o pai do controlo da qualidade total. Para Feigenbaum, a qualidade deve ser considerada em todos os patamares e processos de gestão, desde os trabalhadores, aos processos de fabrico e de gestão, sendo a qualidade, uma ferramenta estratégica para a melhoria. Para este autor, é importante analisar o quanto poderá custar a não qualidade de determinado serviço, ou processo.

Feigenbaum, publicou em 1983, a obra Total quality control, uma obra de referência a nível mundial.

Em relação a Philip Crosby, também ele Americano, é conhecido pelos conceitos “zero defeitos” e de “fazer bem à primeira vez”. Para isto ser uma realidade, é necessária uma gestão rigorosa e preocupada com a qualidade. Em relação às estratégias para a qualidade, igualmente, considera que os colaboradores são importantes neste processo, porém dava especial atenção à gestão de topo no papel de definição das estratégias da qualidade. Referia, também, que a determinação, formação e liderança são os pilares para a melhoria da Qualidade (Oliveira Rocha, 2006 e Branco, 2008).

Kaoru Ishikawa, é um teórico japonês. Foi pioneiro na criação de círculos da Qualidade e simultaneamente desenvolveu instrumentos de controlo da qualidade. Em relação às suas linhas orientadoras, o autor associa de forma não dissociável a existência da qualidade à satisfação do cliente e também a necessidade de gerir a qualidade durante todo o processo e não apenas no produto final.

À semelhança de Deming, Kaoru Ishikawa também refere que a qualidade deve ser continuamente ajustada às necessidades do cliente, acrescentando a necessidade de um ajustamento entre o preço e a qualidade dos produtos, (Silva, 2013).

Assim, de um modo geral, consideramos a qualidade como um conjunto de propriedades e características de um determinado produto ou serviço que lhe conferem aptidão para satisfazer as necessidades expressas ou implícitas, desta feita um serviço de qualidade poderá ser aquele que satisfaz perfeitamente as necessidades dos utentes. Ainda de acordo com o mesmo autor,

qualidade é a adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes (Mezomo, 2001).

Pisco (2001), defende que a qualidade deve ser definida de forma diferente, consoante as variáveis que assumem mais importância para os diferentes intervenientes: para os doentes, será a acessibilidade, a afabilidade e a melhoria do estado de saúde; para os profissionais, a capacidade técnica e obtenção de resultados clínicos; e para os gestores, a eficiência, a obtenção dos resultados desejados e a rentabilização dos investimentos. Partindo deste pressuposto, torna-se claro que as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde são difíceis e complexas de abordar.

Fernandes e Lourenço (2007, p.45) têm a mesma convicção, quando referem que a qualidade em saúde pode ser analisada segundo várias perspetivas.

“Para os utentes, é importante ser bem assistido em condições de conforto e segurança. Para os profissionais de saúde, o objetivo é reduzir erros e melhorar práticas. Para os administradores hospitalares, a qualidade consiste no cumprimento das metas assistenciais e gestão racionalizada, sendo naturalmente geradas algumas divergências com os profissionais de saúde, na medida que implica consumir menos. Para os políticos, está relacionada com a boa imagem dos serviços de saúde, existência de equipamentos sofisticados e o bom acolhimento dos doentes”.

A relação com o utente já em 1987 era enfatizada por Donabedian, ao referir que a qualidade não dependia apenas dos atos técnicos e do ambiente físico em que os cuidados são prestados, mas também do processo interpessoal e da facilidade de acesso aos cuidados. As relações interpessoais, são muito importantes, dado que constituem o veículo de desempenho técnico e a sua eficácia, pressupostos essenciais ao processo de relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente/família como a privacidade, a confidencialidade (Silva, 2013).

Como realça Donabedian (2003), há estudos que sugerem uma relação entre a qualidade dos cuidados (processo e resultados) e a formação e qualificação dos profissionais de saúde, bem como boas instalações e equipamentos associados a uma política de qualidade. Ainda segundo o mesmo autor, a qualidade pode ser analisada sob três perspetivas: técnica, interpessoal e ambiental. A perspetiva técnica diz respeito à aplicação do conhecimento específico na resolução dos problemas de saúde do utente/comunidade. Interpessoal significa que existe relação entre o prestador e o utente, o que é uma preocupação constante do enfermeiro para atingir a satisfação do utente. A perspetiva ambiental está relacionada com o conforto e bem-estar do utente.

Também a qualidade na perspetiva dos prestadores de cuidados de enfermagem segundo Bonato (2011), define-se como um conjunto de boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes.

1.2.1 - Gestão da qualidade em sistemas de saúde

O conceito de gestão “pode ser entendido como um processo de coordenação e integração de recursos, tendente à consecução dos objetivos estabelecidos, através do desempenho das atividades de planeamento, organização, direção e controlo.” (Santos 2008, p.27)

De uma forma mais abrangente, a gestão resulta do entendimento da gestão como processo de coordenação e integração de atividades, através do planeamento, organização, direção e controlo, de forma assegurar a consecução de objetivos definidos de forma eficaz e eficiente. Entendendo a eficácia como o grau de cumprimento dos objetivos fixados e a eficiência como a relação entre os inputs e os outputs, isto é, a relação entre o que foi produzido e os recursos que foram consumidos na produção. Em termos gerais, no caso de um gestor este deverá preocupar-se em maximizar a eficácia, procurando fazê-la com a máxima eficiência.

A qualidade é um conceito multifacetado, como já foi referido, no sentido em que deve ser entendida em vários primas. Assim, quando associada à saúde, sendo esta uma área especial e com diversas particularidades, torna-se muitas vezes de difícil compreensão, não podendo ser definida numa única perspetiva. De um modo geral, quando se fala em má qualidade dos serviços de saúde, podemos encontrar aí implicações a diversos níveis, para o cliente, para o profissional de saúde e consequentemente também, maiores custos.

Neste sentido, segundo Silva, (2013) a Gestão da Qualidade na Saúde tem como objetivo ajudar os hospitais na organização, comunicação, monitorização e melhoria contínua de todos os aspetos da prestação de cuidados de saúde.

Ainda de acordo com Costa (2016), quando o conceito de qualidade foi introduzido na indústria ele trouxe consigo o conceito de gestão da qualidade (GQ) os quais evoluíram em conjunto, sendo que o conceito de gestão da qualidade nasceu da necessidade das organizações se comprometerem com a qualidade e com os seus objetivos traçados no intuito de atingir a excelência dos seus produtos e/ou serviços e, o conceito de GQ, foi evoluindo com o passar do tempo, à medida que as pessoas se tornam mais exigentes nas suas avaliações. Assim, a gestão da qualidade é a gestão focada na qualidade da produção e dos serviços de uma determinada empresa.

Em termos históricos, a gestão da qualidade sempre esteve presente, mesmo que em contextos e com parâmetros de avaliação diferentes.

Os marcos mais importantes da evolução histórica da gestão, iniciam-se desde os Sumérios (5000 a.C.) devido à importância atribuída à guarda de registos. Com a Revolução Industrial os pequenos produtores e artesãos começam a ser substituídos por processos mecânicos e pela produção em série, (Pires, 2000).

Com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), são encontrados vários defeitos nas armas de guerra, mesmo que houvesse supervisão da qualidade desses produtos. Já na Segunda Guerra Mundial (1939-1945), as armas de guerra começam a ser produzidas com mais qualidade. O americano Deming em 1950 surgiu com o controlo estatístico no Japão e, posteriormente em 1954, Juran contribuiu com a evolução da qualidade para os japoneses. Atualmente, para se atingir qualidade, são utilizados Sistemas de Gestão da Qualidade. O Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) é geralmente entendido como algo que pretende auxiliar uma organização, que o implementa, a melhorar a qualidade de um determinado bem ou serviço (Pinto e Soares, 2018).

Segundo Pires (1999) *cit.in* Costa (2013) o SGQ é um conjunto de procedimentos organizacionais capazes de transmitir a máxima confiança de que um determinado nível de qualidade aceitável está a ser alcançado com o mínimo custo possível.

Segundo Paladini, (2004), as características gerais da Gestão da Qualidade em Serviços são: Produção e consumo; Os processos produtivos; A Gestão da Qualidade; A avaliação da qualidade; Serviços e métodos.

Da análise das características gerais da gestão da qualidade salienta-se que a produção e consumo são coincidentes, como um processo contínuo e evitando desperdícios o que licitamente o autor aponta para a flexibilidade e adaptabilidade dos processos produtivos afim de reconstruir a gestão da qualidade centrada no cliente, mas também enfatizando a direção da empresa. Acresce ainda nas características gerais a importância da avaliação centrada nos elementos, que envolvem a interação com o cliente focadas nas ações preventivas, baseadas em situações similares que já tenham surgido e apoiado na melhoria contínua e, a característica dos serviços compromete a fixação de padrões de qualidade. Por último, a ênfase nos serviços e métodos, onde surge as atividades de suporte e novamente a interação com o cliente (Paladini, 2004).

A qualidade dos cuidados em saúde tem sido um dos assuntos amplamente discutido pelos governos nas mais variadas facetas, onde a qualidade tem sido palavra do dia, pelo que se pode afirmar que é um assunto importante e também muito complexo.

Segundo Mezomo (1992), qualidade é um conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades expressas ou implícitas, desta feita um serviço de qualidade poderá ser aquele que satisfaz perfeitamente as necessidades dos utentes. Ainda de acordo com o mesmo autor, qualidade é “adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades dos seus clientes” (Mezomo, 2001).

Segundo a OMS (1986), a qualidade é a comparação de como o nível de cuidados no presente com o que foi definido como nível desejado dos cuidados, ou seja, com expectativa. Este conceito traz à luz a ideia de que qualidade não é entendida por todos da mesma forma, nem ao mesmo

nível, pois o estado de desenvolvimento da população mundial não é uniforme e, desse modo, também o nível de cuidados de saúde não é homogêneo. A qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com os objetivos propostos para cada população, o que significa que um mesmo cuidado pode ser percebido em contextos diferentes de diferentes formas.

A qualidade nos serviços de saúde é adotada por todos como uma meta a ser atingida. Marquis e Huston (1999) afirmam que a qualidade dos cuidados de saúde é a probabilidade dos resultados de saúde desejados pelos indivíduos e população em geral aumentarem com a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Assim, a qualidade em saúde necessita do apoio de todos na implementação de práticas sistemáticas de gestão, orientadas para a satisfação dos utentes, com atenção redobrada na melhoria contínua dos processos organizacionais. Como tal, a procura incessante de orientações estratégicas e a necessária implementação de intervenções urgentes com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde é uma das atuais prioridades.

O papel das unidades de saúde em todo este processo é fundamental e passa por um planeamento estratégico do sistema de saúde, avaliando e monitorizando, de forma adequada, a qualidade dos cuidados prestados. Cabe aos profissionais de saúde, enquanto elementos integrantes dessas instituições, contribuir para a promoção e desenvolvimento da qualidade desses mesmos cuidados.

Pisco (2001) defende que a qualidade deve ser definida de forma diferente, consoante as variáveis que assumem mais importância para os diferentes intervenientes: para os doentes, será a acessibilidade, a afluência e a melhoria do estado de saúde; para os profissionais, a capacidade técnica e obtenção de resultados clínicos; para os gestores, a eficiência, a obtenção dos resultados desejados e a rentabilização dos investimentos. Partindo deste pressuposto, torna-se claro que as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde são difíceis e complexas de abordar.

Donabedian foi pioneiro ao sugerir que a qualidade dos cuidados de saúde pode ser efetuada, avaliando a estrutura, processos e resultados, (Silva, 2013).

Nestes fundamentos operacionais, a estrutura compreende as características referentes aos tipos de serviços prestados, ou seja, os recursos materiais, recursos humanos e organização institucional. A forma como os cuidados são prestados está relacionada com o processo e, o resultado envolve os indicadores e os efeitos da atenção para o estado de saúde do usuário e da população (Ribeiro, 2010).

Donabedian defendia que a qualidade não depende apenas dos atos técnicos e do ambiente físico em que os cuidados são prestados, mas também do processo interpessoal e da facilidade de acesso aos cuidados. As relações interpessoais são muito importantes, dado que constituem o veículo de desempenho técnico e a sua eficácia, pressupostos essenciais ao processo de relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente/família como a privacidade, a confidencialidade. Há estudos que sugerem uma relação entre a qualidade dos cuidados (processo e resultados) e a formação e qualificação dos profissionais de saúde, bem como boas instalações e equipamentos associados a uma política de qualidade. Ainda segundo o mesmo autor, a qualidade pode ser analisada sob três perspetivas: técnica, interpessoal e ambiental. A perspetiva técnica diz respeito à aplicação do conhecimento específico na resolução dos problemas de saúde do utente/comunidade; interpessoal significa que existe relação entre o prestador e o utente, o que é uma preocupação constante do enfermeiro para atingir a satisfação do utente; ambiental se está relacionada com o conforto e bem-estar do utente.

Donabedian (1990) define e explica os sete pilares de qualidade em saúde: A eficácia; A afetividade; A eficiência; A otimização; A legitimidade; A equidade; A aceitabilidade.

Dos sete pilares da qualidade em saúde, a eficácia é entendida como a capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados para promover melhorias na saúde. Ao longo do tempo, a eficácia correspondeu a standards de qualidade, que tinham origem a partir da experiência e investigação e, que eram utilizados, como referências para comparar resultados. Em relação à afetividade, esta é caracterizada pela relação estabelecida entre os resultados obtidos e aqueles que os standards apontam com base na evidência científica. Esta componente da qualidade integra em si a adequação das intervenções terapêuticas implementadas. No que concerne à eficiência ela é caracterizada pela capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade destes. Este conceito é frequentemente usado numa análise económica, baseando-se na mera redução de custos que não traduz necessariamente eficiência. Existem diversas categorias de eficiência, como a eficiência clínica que depende de aspetos como o julgamento clínico, os conhecimentos e competências, que poderão traduzir menores custos para o cliente; a eficiência produtiva, que se verifica quando são aperfeiçoados pelo treino, determinados procedimentos terapêuticos com vista a reduzir a frequência de erros e consequentemente, a diminuir os custos. A eficiência distributiva que se refere à capacidade de prestar assistência a quem dela mais necessita. A componente da qualidade que remete para a relação entre os custos e os resultados, ou seja, os melhores resultados possíveis com os custos mais reduzidos é a otimização. A otimização é o equilíbrio desejado entre as melhorias na saúde em relação ao custo dessas melhorias. Isto pressupõe que exista uma otimização entre o custo e o benefício dos cuidados de saúde num ponto em que melhores benefícios podem ser conseguidos a menores custos relativamente aos benefícios. Para a adequação dos serviços de saúde às preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, regulamentos leis ou regulamentos e costumes é aplicado a legitimidade. Para manter a conformidade com os princípios de justiça na

distribuição dos cuidados de saúde e os benefícios para os membros dessa população, a equidade é parte do que torna os cuidados de saúde aceitáveis para os indivíduos e legítimos para a sociedade. Por último, a aceitabilidade pode ser caracterizada como a adequação dos cuidados de saúde em relação às aspirações, desejos e expectativas dos utentes e suas famílias (Portela, 2000 e Ribeiro, 2010).

Já Vuori (1991), aponta os seguintes aspetos ou dimensões da qualidade desejáveis nos serviços de saúde: efetividade, entendido como relação do impacto real com o impacto potencial em uma situação ideal; eficácia, constituindo-se como a capacidade de produzir o efeito desejado; eficiência, caracterizando a relação entre o efeito real e os custos de produção; equidade como distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população; qualidade técnico-científica, isto é, nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia; acessibilidade como remoção dos obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis; adequação entendido como suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda; por fim a aceitação, ou seja, fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais entre outras, e com as expectativas dos usuários em potencial.

Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é importante a implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade em Serviços. Desta forma, Alves (2005) refere que a qualidade dos serviços permite alcançar a satisfação dos clientes através da prática de preços mais elevados do que os oferecidos pela concorrência, e conseqüentemente aumentando as receitas. Em simultâneo, permite reduzir custos, quer sejam custos de perdas de clientes quer sejam custo de retificação de erros.

A qualidade dos cuidados de saúde pode ser entendida como fazer a coisa certa, para o doente certo, em tempo certo, de maneira adequada de forma a atingir os melhores resultados possíveis naquele momento. A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde pode ser baseada em três estratégias: no processo dos cuidados, no resultado dos cuidados ou na experiência dos utentes e dos seus familiares (Silva, 2013).

O processo dos cuidados está focado nas evidências científicas, ou seja, o respeito por todos os parâmetros essenciais a serem monitorizados em determinado utente. Em relação aos resultados dos cuidados, está direcionado para os efeitos dos cuidados que foram prestados, se têm ou não resultados mediante as intervenções implementadas. Quanto à experiência dos doentes e dos seus familiares, está direcionado para a satisfação dos utentes com os cuidados prestados. De uma forma global, é importante que estas estratégias de avaliação sejam trabalhadas em articulação, de forma a avaliar a qualidade dos cuidados em pleno. Assim, Silva (2013) refere que para garantir a qualidade nos cuidados de saúde é necessário: exercer os cuidados baseados na evidência científica; ter uma boa tecnologia de informação, que mantenha disponível e

atualizado a situação clínica do utente; haver coordenação entre equipas de saúde; fornecer cuidados contínuos e compreensíveis; pagar qualidade em vez de volume e envolver os utentes nos cuidados prestados (*empowerment*).

A DGS, na sua Estratégia Nacional para a Qualidade 2015-2020, tem como objetivo um reforço das seguintes ações: melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão a normas de orientação clínica, reforço da segurança dos utentes, monitorização permanente da qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

1.3- Qualidade em enfermagem

Enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado dado ao ser humano, considerando como um todo individual. Contudo, hoje o olhar dos enfermeiros alarga-se à família e à comunidade, bem como ao grupo específico, não deixando de se focar na pessoa de forma holística. A intervenção dos enfermeiros foca-se na pessoa, procurando garantir a sua autonomia e independência nos processos de saúde/doença, especificando o seu conhecimento para o autocuidado e incorporando promoção, prevenção e recuperação da saúde, pelo que o faz de forma autónoma ou em equipa.

Os enfermeiros dedicam-se a desenvolver atividades autónomas e interdependentes, o que lhes confere qualidades significativas nas instituições e nas políticas de saúde. Os seus conhecimentos, dedicação e foco nos cuidados básicos garantem o acesso à atenção integral à saúde, contemplando a diversidade social, cultural, situação geográfica, histórica e política para favorecer a superação dos fatores que tornam os povos mais vulneráveis aos agravos à saúde (Malagutti e Miranda, 2010).

A qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática de modo a definir objetivos do serviço que se vai prestar, delinear as estratégias possíveis para que esses objetivos sejam atingidos, o que requer algum tempo para pensar nos cuidados prestados. É, pois, importante que todas as instituições de saúde se preocupem em proporcionar condições aos profissionais para que seja implementada a qualidade e esta faça parte da rotina dos profissionais de enfermagem (Castro, 2007).

Os focos de atenção dos cuidados de enfermagem são a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, procura-se ao longo da vida prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades bem como a autonomia na realização das atividades da vida.

Cabe ao enfermeiro coordenar e gerir todos os cuidados prestados ao utente. Neste sentido, e de acordo com Barbosa e Melo (2008, p.45), “o paciente e suas especificidades, suas necessidades, sua alta ou recuperação constituem a principal razão da assistência de

enfermagem, a qual deve, portanto, ser realizada eficientemente, com comprometimento de quem a desenvolve, garantindo qualidade do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do paciente e seus familiares”.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal. A melhoria da qualidade dos cuidados deve, pois, fazer parte do dia-a-dia de todos os profissionais de saúde durante a realização de todas as tarefas que lhe são inerentes para que o utente sinta que os cuidados que lhe são prestados são de qualidade técnica e científica.

Qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros, segundo Biscaia (2000, p.53) é “um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”.

De acordo com a carreira de enfermagem, o enfermeiro especialista tem competências específicas na sua área de intervenção dado ter um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem aferir as necessidades de saúde do utente que tem a seu cuidado. Diz-se, pois, que os padrões de qualidade dos cuidados especializados são uma referência na ação profissional do especialista. Adami (2000) refere que é muito importante que o enfermeiro exerça a sua atividade com conhecimentos científicos, humanos, hábil nos seus atos e competência para atender as necessidades e as expectativas do utente que está a cuidar. Gunther e Alligood (2002) partilham desta ideia ao referir que, sendo os enfermeiros o maior grupo profissional na prestação de cuidados de saúde, são eles os responsáveis de forma legal e moral pela qualidade do atendimento que prestam aos utentes.

1.3.1 -Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enunciados descritivos

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal. Qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros, segundo Tafreshi *et. al*, (2007) é a prestação dos cuidados com segurança baseada em padrões de enfermagem como a satisfação do utente, cuidados mínimos otimizados e cuidados seguros para os utentes.

A qualidade não é um atributo abstrato, mas algo com atributos comuns que assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Assim sendo, podemos afirmar que a qualidade associada aos cuidados de saúde deve ser definida à luz das normas técnicas dos prestadores e das expectativas dos utentes. Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico dos mandatos sociais de cada uma das

profissões envolvidas. Aqui, importa salientar as dimensões relativas aos cuidados de enfermagem, em especial a comunicação e informação; a cortesia e apoio emocional; a qualidade dos cuidados técnicos; o cuidado centrado no cliente (indivíduo/ família/ comunidade) e a disponibilidade.

Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são um enorme desafio - pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem para fornecer aos cidadãos. Existe uma preocupação generalizada com as formas de otimizar os recursos humanos existentes na melhoria dos cuidados de saúde quer quanto à forma como todos estão envolvidos, quer quanto à forma como os serviços de saúde respondem às necessidades da população.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são compostos por cinco enunciados descritivos: a satisfação, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

As pesquisas baseadas na perceção dos utentes sobre as práticas de saúde passaram a ser feitas, desde os anos 1990, a partir da satisfação do utente e da sua aceitabilidade dos cuidados. (Silva e Formigli, *cit. in* Franco e Florentim 2006).

Sepúlveda, *cit. in* Ribeiro (2008, p.89), define satisfação como “o contentamento, o prazer que resulta da realização do que se espera e do que se deseja.”

Do mesmo modo, Fritzpatrick, *cit. in* Ribeiro, (2008), refere que a satisfação dos utentes de saúde é o contentamento do utente com os cuidados de saúde recebidos, considerando as reações emocionais e cognitivas ligadas à doença e o apoio emocional recebido.

Assim, o conceito de satisfação traduz uma atitude do sujeito em função da realização das suas necessidades, das suas expectativas e dos resultados obtidos. Este é um aspeto individual, inerente a cada pessoa, o que pressupõe elementos afetivos e cognitivos pessoais.

É importante ouvir os utentes, porque são eles que normalmente conhecem qual o resultado de saúde desejável, fornecendo expectativas, vontades e prioridades diferentes dos profissionais. Ferreira, *et. al.* (*cit. In* Ribeiro, 2008).

A satisfação do utente é uma ordem ou pedido para todos os enfermeiros que cuidam de forma holística e humanizada e que procuram a excelência profissional como percurso para a qualidade de cuidados planificados. Por isso, é importante conhecermos a opinião dos utentes relativamente aos cuidados que lhes são prestados e considerá-la indispensável para o controlo da qualidade desses mesmos cuidados, conduzindo-nos à reflexão e análise crítica das nossas intervenções, contribuindo para a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas

em relação ao cuidar e finalmente promover a reorganização e implementação de estratégias que promovam a melhoria contínua dos cuidados.

A satisfação ou insatisfação resulta da opinião da pessoa diante de uma experiência (mais ou menos positiva) vivenciada com os serviços proporcionados em relação com as suas expectativas. Elas devem ser encaradas como um valor orientador da conduta dos enfermeiros e esta (conduta) orientada para as necessidades dos utentes.

Infante, *cit. in.* Franco e Florentim, (2006), num estudo acerca da satisfação de utentes, diz que a satisfação é o produto final de um processo comparativo entre o que se tem e o que se gostaria de ter. Assim, o consumidor de cuidados é a pessoa ideal para expressar a sua opinião, sobretudo quando se quer saber o comportamento dos enfermeiros a nível da sua competência relacional, comunicacional e das suas competências técnico-científicas.

Podemos compreender que a satisfação dos utentes é influenciada por fatores, como as suas características psicossociais e culturais, o seu estado de saúde, as suas expectativas face às intervenções dos enfermeiros, incluindo a comunicação clara, a sua perceção sobre a qualidade dos cuidados de Enfermagem assim como o papel dos enfermeiros entre outros fatores.

São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros (OE, 2001):

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- A procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo, no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Do outro modo aprez-nos dizer que a satisfação dos clientes é alcançada a partir de diversas ações que os enfermeiros precisam executar. Assim, implementar os cuidados de enfermagem com qualidade implica satisfação dos clientes. A satisfação do cliente é o ponto de encontro entre as expectativas do cliente quanto ao cuidado de enfermagem e sua perceção sobre o cuidado recebido. Acrescenta-se que a satisfação do cliente é uma avaliação positiva das dimensões do cuidado.

Acrescenta-se que a satisfação do cliente é uma avaliação positiva das dimensões do cuidado de saúde e de enfermagem e também uma percepção subjetiva que pode ser considerada como realidade tanto pelo enfermeiro como também pelo cliente. Contudo, há dimensões que se esperam que os enfermeiros realizem sempre. Ao analisar a forma de garantir a satisfação parte-se do princípio do respeito pelo utente como pessoa única e com características individuais.

A satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem relaciona-se com os comportamentos, atitudes (relacionais e comunicacionais) e competências dos profissionais de enfermagem, nomeadamente as competências pessoais, salientando as relações pessoais e preocupação e solicitude em relação aos outros; as *soft skill*, sobretudo a capacidade de comunicação e as competências sociais.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros (OE, p.14, 2001): “a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.”

De salientar que a promoção da saúde desenvolvida pelos enfermeiros contribui para garantir a implementação dos padrões da qualidade a partir de uma filosofia de prevenção da doença. Os cuidados de enfermagem tomam como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores - frequentemente através de processos de aprendizagem do utente (Cabral, 2015).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.

São elementos importantes na prevenção de complicações, entre outros (OE, p.15, 2001): “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referência das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e

que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega”.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.

São elementos importantes para o bem-estar e ao autocuidado, entre outros (OE, p.16, 2001): “a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados; o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificada para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e pelos que delega”.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.

São elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros (OE, p.17, 2001): “a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; a otimização da capacidade do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional”.

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia da organização dos cuidados de enfermagem.

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros (OE, p.18, 2001): “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.”

1.4 - CUIDADOS DE SAÚDE EM ANGOLA

Angola sofreu durante 40 anos uma guerra avassaladora. Após 16 anos de paz, muito tem sido feito na tentativa de se estabelecer como um país competitivo a vários níveis. No sector da saúde, os problemas são diversos e, aliados a outros problemas multissetoriais, como o abastecimento de água, saneamento básico e energia, são determinantes fatores para a saúde angolana que ainda precisa de um árduo investimento. Angola regista atualmente um crescimento económico acelerado e vários são os investimentos em infraestruturas e recursos humanos no sentido de combater a fome e a pobreza e promover um desenvolvimento sustentável. Assim, durante os últimos anos de paz, o país conseguiu alcançar progressos marcantes na gestão do sistema nacional de saúde. Porém, apesar destas melhorias, ainda existem vários desafios ao sector da saúde em Angola, especificamente focalizados na redução da mortalidade materno-infantil e no controlo das doenças transmissíveis e não-transmissíveis.

Na realidade angolana, e tendo em vista o rácio médico paciente que as últimas estimativas do início de 2018 apontavam para um médico por cada 4 mil e 242 utentes e especificamente no hospital Central Dr. António Agostinho Neto do Lubango, relativamente aos enfermeiros que desempenham, apenas 20% são licenciados, 50% são técnicos médios de enfermagem e 30% são técnicos básicos de enfermagem, verificamos uma desproporção significativa de recursos humanos que está implicada na qualidade dos cuidados prestados. Na tentativa de inverter este quadro, é inevitável que os enfermeiros existentes sejam dotados de conhecimentos científicos e que atuem com base nas evidências de forma a não comprometer a qualidade dos cuidados.

Por outro lado, só recentemente se tem vindo a apostar em formação de pós-graduação, especialização e/ou mestrado na área da gestão, o que implica que os quadros de enfermeiros a desempenharem funções de chefia não apresentam as competências favoráveis a uma prestação de cuidados de qualidade.

A qualidade dos cuidados de enfermagem é fundamental para o cuidar em enfermagem. Neste sentido, os enfermeiros gestores exercem ou devem exercer uma ação essencial sobre as suas equipas de enfermagem, para que estas executem as suas funções de forma imperiosa no que se refere à qualidade. Assim, as mudanças de paradigma e a implementação de estratégias viáveis para uma enfermagem de excelência devem ser objetivos primordiais do enfermeiro gestor essencialmente em hospitais públicos, onde há a carência de recursos e a necessidade de uma gestão adequada de recursos humanos e materiais. Torna-se, assim, necessário que os enfermeiros gestores sejam capazes na sua prática diária de criar soluções inovadoras e modelos originais capazes de aliviar as inevitáveis pressões inerentes a qualquer organização, especialmente as de saúde.

Seguidamente, faremos uma abordagem aos aspetos inerentes à saúde em Angola e aos cuidados de enfermagem naquele país, de forma a contextualizar a realidade vivida. Para isso, iniciamos com a caracterização sócio geográfica de Angola.

1.4.1 - Caraterização da República de Angola

Angola é um país africano que se situa na costa ocidental da Região Austral, com uma área de 1.246.700 KM². Faz fronteira a Norte com a República do Congo e a República Democrática do Congo, a Leste com a república do Congo e a República da Zâmbia, a Sul com a República da Namíbia e, a Oeste, com o Oceano Atlântico. É o terceiro maior país da África subsariana.

Angola, assim como a maioria dos países em desenvolvimento, apresenta uma população bastante jovem. A população estimada é de cerca de 24,3 milhões de habitantes, 48% de homens e 52% de mulheres. Crianças menores de 5 anos constituem 15% do total da população. As mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem cerca de 44% de todas as mulheres. A taxa de fecundidade é estimada em 6,4 filhos por mulher. Angola apresenta, assim, uma esperança de vida ao nascer de 52 anos, sendo 51 anos para os homens e 53 para as mulheres (Censo Nacional de População Angolana, 2014).

A população angolana está distribuída por dezoito Províncias, 164 municípios e 532 Comunas e diversas povoações. A população está distribuída em 55% em zonas urbanas e periurbanas e 45% em zonas rurais, tendo-se registado um movimento interno de cerca de 20% das zonas rurais para as áreas periurbanas.

Na última década, a economia de Angola tem sido caracterizada por um rápido crescimento e está essencialmente dependente do sector petrolífero que contribui com 55% do PIB e de 95% de exportação de produtos (Malebo, 2018).

Apesar da dependência do sector petrolífero, o país regista uma notável aposta em outros sectores no sentido de manter a estabilidade macroeconómica e reverter a recessão da economia angolana devido à diminuição do preço do crude e desvalorização do kwanza angolano. Segundo dados do Relatório do PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Angola apresentou para 2017 um valor de 0,581 para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o que classifica o país na categoria de desenvolvimento médio, posicionado no 147 lugar num total de 189 países. Entre 2000 e 2017, o IDH em Angola cresceu de 0,387 para 0,581, um crescimento de 50,2% (INE, 2018)

No sector da saúde começou a implementar-se a municipalização dos serviços de saúde com a liderança dos Governadores provinciais e das Equipas municipais, registando-se um aumento significativo dos postos de centros de saúde reabilitados e construídos e a realização de

atividades no domínio da formação contínua, supervisão das unidades sanitárias, monitorização das atividades e apresentação de resultados. Assim, no quadro político-administrativo e, com o processo de desconcentração e descentralização, o Município tornou-se na Unidade de administração e gestão administrativa.

A rede de unidades de saúde do sector público é constituída por 3.023 unidades sanitárias, sendo 21020 postos de saúde, 700 centros de saúde, 145 hospitais municipais, 46 hospitais provinciais e 12 hospitais centrais.

O rácio atual de unidades de saúde sugere existir uma enorme carência de serviços básicos de saúde para atender às necessidades da população. Outro aspeto de relevância está relacionado com a débil manutenção das infraestruturas de saúde e com a carência de recursos humanos.

Em relação às listas de espera na saúde para os cidadãos angolanos, não existem informações, porém, dadas as condições do sector, devem existir e devem ser muito significativas. Analisando o rácio de cobertura médica, que de acordo com a OMS deveria ser de 1 médico para cada mil habitantes, Angola apresenta atualmente 1 médico para cada 4.400 habitantes (Lusa, 2018 e MINSA, 2018)

1.4.2 Sistema de saúde angolano

Entre 1975 e 1992, o Sistema Nacional de Saúde angolano, estava baseado nos princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde primários, de acordo com o Decreto Lei n.º 9/75 de 10 de dezembro.

A Política Nacional de Saúde, definida pela *Lei n.º 9/75*, de 13 de Dezembro, teve como objetivos a melhoria do estado sanitário de Angola, tendo sido assim adotado um sistema de cuidados de saúde, do tipo Serviço Nacional de Saúde totalmente socializado (diário da república I série - N.º 34 - 28 de Agosto de 1992)

Neste sentido, a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde Angolano, no CAPÍTULO I das Disposições Gerais assenta nos seguintes princípios gerais:

“1. O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis; 2. A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros agentes públicos e/ou privados, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade; 3. Os cuidados de saúde prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros agentes públicos ou entidades privadas, sem ou com fins lucrativos; 4. A proteção à saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se afetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados nos termos da presente lei”(Lei n.º 21-B/92 de 28 de Agosto, Artigo 1.º).

A prestação de cuidados de saúde em Angola subdivide-se em três níveis hierárquicos de prestação de cuidados da saúde, baseados na estratégia dos cuidados primários.

Os cuidados de saúde são assim, distribuídos a três níveis: cuidados de saúde primários, secundários e terciários. De acordo com o *Dec. Lei n.º 21-B/92* de 28 de Agosto no seu Artigo 12.º

“1, o Sistema de Cuidados de Saúde assenta a sua estratégia nos cuidados de saúde primária que se devem situar junto das comunidades; 2. O nível intermédio ou secundário é constituído pela rede hospitalar polivalente e de especialidade menos diferenciada; 3. O nível terciário compreende as unidades hospitalares de assistência diferenciadas polivalente ou de especialidade; 4. Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.”

Neste sentido, o estado oferece a cobertura de cuidados primários de forma gratuita para todos os cidadãos. Nestas unidades sanitárias, os cuidados estão direcionados para as atividades preventivas e curativas de doenças correntes tais como: consultas pré e pós-natal, planeamento familiar, assistência ao parto, cuidados obstétricos básicos e vacinação.

Nos níveis seguintes, secundário e terciário prestam-se cuidados diferenciados, a nível dos hospitais provinciais, centrais e de especialidade.

Assim, a partir de 1992, com a aprovação da referida Lei (*Lei 21-B/92*, Lei de Bases do SNS), o Estado angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde, admitindo também a possibilidade da comparticipação dos utentes, através do pagamento de taxa moderadora e com a autorização do sector privado na prestação dos serviços de saúde.

A evolução da história do Sistema Nacional de Saúde Angolano pode ser feita em quatro marcos: o primeiro durante o período colonial, o segundo depois da independência em 1975, o terceiro em 1992 e o quarto em 2002. Durante o período colonial, os cuidados de saúde eram um privilégio apenas para uma minoria. Após a independência do País, em 1975, o SNS Angolano caracteriza-se pela exclusividade do Estado na prestação de cuidados, sendo gratuito e universal, assente nos cuidados de saúde primários. Em 1992, com a alteração da Lei, assiste-se a uma alteração no papel do Estado, sendo que se contempla a participação do sector privado, mantendo-se o SNS tendencialmente gratuito. A quarta alteração no SNS Angolano dá-se em 2002, momento em que este se torna tendencialmente gratuito e é caracterizado pela universalidade, acessibilidade e integralidade (Agostinho, 2011).

Queza (2010) refere apenas dois períodos para a evolução histórica do SNS angolano: o período colonial, que vai até 11 de novembro de 1975; e o período pós-colonial com início em 11 de novembro de 1975, sendo este segundo período subdividido em duas fases ou épocas:

A primeira, a fase logo após a independência, com uma economia planificada e de orientação socialista. Os princípios norteadores do SNS prendiam-se com a universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado.

Na segunda fase do período pós-independência, a primeira parte é caracterizada por várias reformas a vários níveis, tendo como principal influência a guerra civil que teve um impacto negativo sobre o Sistema Nacional de Saúde, causando a destruição e redução da rede sanitária e recursos humanos e aumentando as necessidades de procura de cuidados de saúde resultantes da mesma guerra civil.

Em suma e de acordo com a Lei 21-B/9, o SNS em Angola é norteado pelos seguintes princípios: A universalidade quanto à população abrangida, A integralidade, no que concerne à prestação de cuidados globais ou à sua garantia; A tendência gratuita para os usuários sem condições económicas e sociais dos cidadãos; e também, a garantia da equidade no acesso dos usuários, no sentido de atenuar os efeitos das desigualdades socioeconômicas, geográficas e quaisquer outras ao acesso aos cuidados.

O SNS de Angola é assim atualmente constituído pelo sector público, o Serviço Nacional de Saúde, gerido pelo MINSA, e pelo sector privado, constituído por entidades de saúde privadas lucrativas e não lucrativas.

Relativamente à contribuição das famílias na despesa em saúde, não existe informação detalhada, porém a OMS (Organização Mundial de Saúde) refere que o nível de participação da população situava-se próximo dos 10% da despesa total de saúde (Martins, *et. al.*, 2013).

As necessidades em saúde e os problemas que o SNS enfrenta estão principalmente relacionados com: a cobertura sanitária ainda insuficiente e fraca manutenção das US; o fraco sistemas de referência e contra referência entre os três níveis do SNS; os recursos humanos e técnicos de saúde, de reduzida expressão quantitativa e qualitativa, e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas; as fraquezas no sistema Gestão em Saúde; a insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento e o reduzido acesso à água potável, saneamento e energia (PNDS - Angola).

Apesar da melhoria registada nos indicadores de saúde, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, malnutrição em menores de 5 anos, persistência de surtos de Cólera, Raiva e Sarampo, e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis, sinistralidade rodoviária e violência. Apesar dos investimentos feitos no domínio da saúde, ainda apresenta indicadores de saúde que estão aquém da média dos países africanos e do mundo. O país está a viver uma transição no sector da saúde com a incidência nos indicadores demográficos, epidemiológicos e nutricionais.

Em termos demográfico, a tendência é para a redução da taxa de fecundidade, redução da taxa de mortalidade infantil, redução da taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida à nascença. Em relação à transição epidemiológica, esta é caracterizada pelo peso duplo das doenças transmissíveis, devido às deficientes condições de saneamento, e das doenças crónicas, que começam a manifestar-se devido às várias alterações nos estilos de vida da população (sedentarismo, consumos excessivos de álcool, tabaco e drogas) e que favorecem o aparecimento de doenças crónicas. Em relação à transição nutricional, esta deverá decorrer da segurança alimentar e das boas práticas nutricionais durante a infância, no sentido de eliminar o problema do baixo-peso à nascença e da má-nutrição que se associam depois aos índices de morbimortalidade das crianças com idade inferior a 5 anos (OECD, 2018)

Os problemas de saúde atuais estão assim, relacionados com os determinantes da saúde e o fraco desempenho do Sistema Nacional de Saúde Angolano, assim como problemas relacionados com a gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros o que compromete a qualidade dos cuidados de saúde e a cobertura sanitária suficiente.

Neste sentido, podemos apontar alguns problemas atuais do Sistema Nacional de Saúde Angolano e que colocam em causa a qualidade dos cuidados de saúde em Angola: o Fraco sistema de referência e contrarreferência entres os três níveis do SNS, os Recursos humanos insuficientes sob o ponto de vista quantitativo e qualitativos e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas, a Fraqueza no SNS, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação, a Insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento, assim como a Fraca colaboração intersectorial na promoção das determinantes da saúde, tais como, o acesso à água potável, energia, higiene e saneamento (PNUD, 2019).

De acordo com as problemáticas identificadas, a reestruturação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde prioriza o acesso de toda a população aos cuidados de saúde primários, através do reforço do sistema municipal de saúde, baseado nos seguintes componentes (OMS, 2016):

- Organização, gestão e revitalização dos serviços nos municípios;
- Disponibilidade, qualidade e desempenho dos recursos humanos a nível municipal - assegurando a formação de novos profissionais, adotando medidas e mecanismos para a redução das desigualdades geográficas e fixação de profissionais nos níveis periféricos;
- Provisão de medicamentos, infraestruturas e tecnologias de saúde;
- Financiamento sustentável dos serviços de saúde em que se prevê o aumento progressivo do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o sector da saúde de 3,5% em 2005, 15% em 2015 e, para o ano de 2020 e essencialmente pela pandemia atual prevê um financiamento de até 45,5% (Lusa, 2020).

1.4.3- Breve historial da enfermagem em Angola

A profissão de enfermagem em Angola é marcada por um passado de uma profissão subalterna. Embora ainda possam prevalecer alguns destes sentimentos, os enfermeiros têm caminhado arduamente no sentido de demonstrar as suas competências e tornar a profissão autónoma.

Em termos históricos, podemos salientar que com o Processo de Independência, em 1975, a formação dos profissionais de saúde e outros acabou por ficar comprometida. Assim, podemos perceber que a Enfermagem foi ao longo dos tempos praticada por indivíduos sem bases científicas suficientes para torná-los notáveis e autónomos como qualquer outro profissional.

Assim, a enfermagem sofreu também nos últimos anos várias alterações no que se refere à carreira profissional, (técnicos básicos, técnicos médios e técnicos superiores). Só atualmente é que se tem verificado um aumento exponencial na formação superior, pois , até então, predominavam os técnicos básicos nos vários cargos, inclusive na área da gestão e ,na sua ausência, os lugares eram ocupados por outros profissionais da saúde (psicólogos, técnicos de exame de diagnóstico) o que colocou a enfermagem com várias fragilidades que se tentam atualmente corrigir. É neste sentido que nos parece pertinente executar um diagnóstico de situação em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem no sentido de contribuir para soluções viáveis.

Atualmente e segundo o Decreto lei I- Série 116/2018 Regime Jurídico da Carreira de Enfermagem no seu Artigo 4^a, a carreira de enfermagem é única e enquadra grupos de Profissionais Técnicos Superiores, Técnicos e Auxiliares, sendo que cada um dos grupos poderá progredir em classes (1^a classe, 2^a classe, 3^a classe).

O grupo de Enfermeiro Superior integra as seguintes categorias: Enfermeiro especializado de 1^a classe; enfermeiro especializado de 2^a classe; enfermeiro especializado de 3^a classe; enfermeiro 1^a Classe; enfermeiro de 2^a classe e enfermeiro de 3^a classe.

O grupo de pessoal Técnico integra as categorias: Bacharel em Enfermagem 1^a classe; Bacharel em enfermagem de 2^a classe; Bacharel em Enfermagem de 3^a classe.

O grupo de pessoal técnico Médio integra: Técnico Médio de Enfermagem Especializado de 1^a Classe, Técnico Médio de Enfermagem Especializado de 2^a Classe, Técnico Médio de Enfermagem Especializado de 3^a Classe, Técnico Médio de Enfermagem de 1^a Classe, Técnico Médio de Enfermagem de 2^a Classe e Técnico Médio de Enfermagem de 3^a Classe.

O grupo de Pessoal Auxiliar compreende as seguintes categorias: Auxiliar de Enfermagem de 1^a classe; Auxiliar de Enfermagem de 2^a classe; Auxiliar de Enfermagem de 3^a classe.

Em relação à proteção e salvaguarda da profissão de enfermagem em Angola, a Ordem dos Enfermeiros de Angola é uma organização socioprofissional de inscrição obrigatória para os Licenciados e bacharéis em Enfermagem, dotada de personalidade jurídica e administrativa. A Ordem dos Enfermeiros de Angola no exercício das suas atribuições persegue oito princípios:

1) disciplinar, fiscalizar e regular o exercício profissional de enfermagem no país em prol das populações e da profissão; 2) exercer o controle dos profissionais nacionais e estrangeiros que exercem atividade de enfermagem no território da República de Angola; 3) defender a ética, a deontologia da profissão de enfermagem a todos níveis, no que tange à promoção socioprofissional e às condições e relações de trabalho; 4) promover o desenvolvimento da cultura de enfermagem moderna, concorrer para o reforço e aperfeiçoamento constante do sistema nacional de saúde (SNS), colaborando na política nacional de saúde (PNS) em todos os aspetos especialmente no ensino e na formulação da carreira de enfermagem; 5) emitir parecer sobre todos os assuntos que dizem respeito ao ensino, ao exercício, organização da enfermagem, relativamente aos currículos das Escolas, Institutos Médios, Universidades Públicas e Privadas; 6) monitorar o cumprimento do estatuto e regulamentos quanto aos títulos e à profissão de enfermagem, acionando mecanismos judiciais contra quem use ou exerça a profissão ilegalmente; 7) emitir a cédula profissional; 8) promover a qualificação profissional dos enfermeiros pela concessão de títulos de diferenciação e pela participação ativa no ensino pós-graduado (Tiago,2011)

Durante os últimos 17 anos, o período de paz registado em Angola permitiu alcançar progressos marcantes na gestão do sistema nacional de saúde, tendo-se prestado particular atenção às estratégias para o reforço do quadro institucional do sector da saúde e à prestação dos serviços no Sistema Municipal de Saúde, tendo-se ainda identificado mecanismos para redobrar o apoio às equipas do MINSA na coordenação, monitorização e avaliação da cooperação.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Desde os tempos mais remotos que o homem procura conhecer o mundo em que vive, através de métodos que possam fazer compreender os fenómenos e os comportamentos. Para tal, a metodologia de investigação é uma forma sistematizada de o fazer.

Como refere Fortin (2003), a metodologia é um conjunto de métodos e de técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação científica.

Neste segundo capítulo, apresentamos os elementos que constituem o desenho desta investigação, que são: a definição do tipo de estudo, a identificação e operacionalização das variáveis, a descrição da população e da amostra, o processo de amostragem, a definição do meio onde se realiza o estudo, a descrição do instrumento de colheita de dados, a elaboração do plano para colheita e análise dos dados, bem como os aspetos éticos e formais que foram respeitados.

Em suma, a fase metodológica caracteriza-se pela tomada de decisão acerca dos métodos a utilizar para responder à problemática. As decisões metodológicas, tomadas durante esta fase, têm assim implicações na integridade, leitura e utilidade dos resultados (Polit e Hungler, 2004).

2.1- Preparação do trabalho de campo

Qualquer investigação propõe-se alcançar um determinado objetivo. Assim, seguidamente, apresentamos os objetivos que conduziram as opções metodológicas desta investigação no sentido de alcançar como finalidade a contribuição para melhorar as condições da qualidade para a assistência de enfermagem em Angola, especificamente nas províncias da Região Sul do País.

O objetivo de um estudo é, então, um enunciado afirmativo que comporta as variáveis-chave, a população e o contexto de estudo e precisa a orientação do estudo segundo o nível de conhecimentos sobre a área em estudo e pode ser afetado pela natureza da investigação que visa o seu desenvolvimento ou a verificação da teoria (Fortin, 2003).

Neste sentido foram traçados os seguintes objetivos:

- Analisar a percepção da qualidade de cuidados na perspetiva dos enfermeiros gestores em enfermagem e dos enfermeiros dos cuidados das províncias Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul);
- Diferenciar a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem entre enfermeiros dos cuidados e enfermeiros gestores das províncias Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul);

- Comparar as características sociodemográficas dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros dos cuidados das províncias Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul)

De acordo com Campenhoudt e Quivy (2008), a melhor forma de começar um trabalho de investigação científica em ciências sociais consiste em nos esforçarmos por enunciar o projeto sob uma pergunta de partida, através da qual, o investigador tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta de partida é o primeiro fio condutor da investigação.

Na mesma linhagem de pensamento, para Gil (2002), uma pergunta de partida, o mesmo que problema de pesquisa, é um enunciado interrogativo ou não, ou seja, é uma questão não resolvida e que é motivo de uma discussão, em qualquer domínio do saber.

Deste modo, tendo em conta a construção do objeto de estudo foi levantada a seguinte pergunta de partida: Qual a perceção dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores sobre as condições conducentes à assistência da qualidade dos cuidados de enfermagem nos Hospitais de Huíla, Moçamedes, Kuando Kubango e Cunene (Região Sul) Angola?

Para ajudar na condução da investigação foram também levantadas as seguintes questões:

- Existem diferenças de percepção sobre a qualidade dos cuidados entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros dos cuidados das províncias Huíla, Moçamedes e Kuando Kubango e Cunene?
- Será que há fatores que influenciam a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores?
- Como é avaliada a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros dos cuidados das províncias Huíla, Moçamedes e Kuando Kubango e Cunene?

Concetualizamos um estudo quantitativo, exploratório, de natureza descritiva.

O método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003)

Em relação à pesquisa exploratória, ela visa a descoberta, a elucidação de fenómenos ou a sua explicação, visando oferecer informações sobre o objeto da investigação e orientar na formulação de hipótese (Gonçalves, 2014).

2.2- Variáveis em estudo

Variável é uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores. As variáveis precisam que a atividade de investigação seja empreendida a fim de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam e como eles estão associadas aos diferentes valores de outras variáveis (Fortin, 1999).

Nesta investigação foram utilizadas diversas variáveis: **sociodemográficas e socioprofissionais** que visam caracterizar o perfil das características dos sujeitos da amostra; **atividades de enfermagem** que irão assegurar a apreciação dos padrões de qualidade.

Relativamente às variáveis sociodemográficas foram contempladas: Género, idade. As Socioprofissionais: Hospital, Serviço, Categoria profissional, Cargo que ocupa, Anos de exercício profissional, Anos de exercício na área da gestão, Anos no atual serviço, Especialidade, Tipo de vínculo com a instituição, Turno em que trabalha.

A identificação das características sociodemográficas e profissionais são fundamentais para elaborar o perfil dos sujeitos da amostra no que concerne às suas características sociais, demográficas e profissionais.

Para melhor compreensão, apresentaremos de seguida a sua operacionalização, ou seja, apresentamo-las decompostas, de modo a que se tornem objetivas e mais simples de serem analisadas.

Quadro 1 - Variáveis sociodemográficas e profissionais

Componente	Dimensões	Indicadores
Sexo		Feminino/Masculino
Idade		Anos Completos
Hospital		Lubango/Namíbe/Cunene/Cuando Kuvango
Exercício profissional	Cargo que ocupa	Enfermeiro diretor/Enfermeiro Chefe de secção/Enfermeiro supervisor/Enfermeiro cabeceira
	Anos de exercício profissional	Anos
	Cargo de direção/Cargo de chefia	Sim/Não
	Anos de exercício na área da gestão	Sim/Não
	Anos no atual serviço	Anos
	Especialidade	Sim Não
	Tipo de vínculo com a instituição	
Turno em que trabalha na instituição		
Grau académico	Categoria profissional	Técnico básico/Técnico médico/técnico superior/Pós-Graduação/Mestre/Doutorado
	Estuda neste momento	Sim/Não

Quanto à variável "padrões de qualidade", está dividida em seis categorias, segundo o esquema seguinte, sendo estas categorias subdivididas em várias dimensões que são avaliadas segundo uma escala de likert.

Figura 3 - Categorias dos padrões da Qualidade



A variável padrões da qualidade tem como fonte os Padrões da Qualidade dos Enfermeiros de Portugal e faz parte integrante do II grupo do questionário que utilizamos na recolha de dados desta investigação.

Quadro 2 - Variável Padrões da Qualidade

Categorias	Dimensões	Indicador
Satisfação do Cliente	Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente nos cuidados que prestam	Nunca - 1; poucas vezes - 2; muitas vezes - 3; sempre - 4.
	Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o utente e família	
	Os enfermeiros envolvem os familiares significativos do utente no processo dos cuidados	
Promoção da Saúde	Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade	
	Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	
	Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitivas e de novas capacidades pelo utente	
A prevenção de complicações	Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do utente	
	Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	
	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem	
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com as necessidades	
	Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam	
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	
O bem-estar e o autocuidado	Os enfermeiros identificam os problemas do utente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida	
	Os enfermeiros prescrevem e implementam ações que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	

Quadro 2 - Variável Padrões da Qualidade (continuação)

Categorias	Dimensões	Indicador		
O bem-estar e o autocuidado	Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	Nunca -1; poucas vezes - 2; muitas vezes - 3; sempre - 4.		
	Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes			
	Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes			
	Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que praticam e delegam			
Readaptação funcional	Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem		Nunca -1; poucas vezes - 2; muitas vezes - 3; sempre - 4.	
	Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.			
	Os enfermeiros otimizam as capacidades do utente e familiares para gerir o regime terapêutico prescrito			
	Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o utente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional			
Organização dos cuidados de enfermagem	Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem			Nunca -1; poucas vezes - 2; muitas vezes - 3; sempre - 4.
	Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital			

Quanto à variável fatores que interferem na qualidade dos cuidados estes podem ser percecionados de formas diferentes e vários são os fatores que podem interferir (quadro nº3).

Quadro 3 - Variáveis fatores que interferem na qualidade dos cuidados de enfermagem

Componente	Dimensão	Indicadores
Recursos	Recursos humanos	Sim/Não
	Recursos materiais	Sim/Não
	Estrutura física da instituição ou do serviço	Sim/Não
Condições Humanas	Interesse profissional	Sim/Não
	Disponibilidade profissional	Sim/Não
	Comprometimento profissional	Sim/Não
	Formação do profissional	Sim/Não

A identificação da opinião dos enfermeiros, acerca dos fatores que na sua opinião podem condicionar a qualidade dos cuidados de enfermagem, é fundamental para o fortalecimento da questão de investigação, visto que os fatores são elementos que concorrem para um determinado resultado.

Quadro 4 - Percepção subjetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem

Componente	Dimensão	Indicadores
Adequação	Serviço	Muito inadequada Inadequada Adequada Muito adequada
Adequação	Hospital	Muito inadequada Inadequada Adequada Muito adequada

Como já foi referido, o conceito de qualidade é um conceito multifacetado e a sua avaliação pode ser perspectivada de forma diferente. Nesta investigação, é pertinente analisar a percepção dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores em relação à qualidade do seu serviço e do hospital (quadro nº4).

A percepção subjetiva dos enfermeiros em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem, no serviço e no hospital onde desempenham funções, é fundamental para compreender a sua percepção geral sobre a qualidade dos cuidados e servir de suporte à interpretação dos resultados da Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade dos Cuidados. Foram, assim, definidas as dimensões dos Serviços e Hospital com a componente adequação. Os indicadores transmitem, no total, quatro afirmações que os enfermeiros expressam a sua opinião: Muito Inadequada, Inadequada, Adequada e Muito Adequada.

2.3 População e amostra

Segundo Fortin (2003), população é um conjunto completo de pessoas que representam determinadas características em comum. A população alvo deste estudo é de 1328 enfermeiros de Instituições Públicas da Região Sul de Angola, especificamente dos hospitais das capitais das quatro províncias.

A amostra consiste num subgrupo da população, selecionada para obter informações relativas a essa população. Esta deve ser representativa da população visada, ou seja, ter as mesmas características, sendo considerada uma réplica em miniatura da população alvo.

Neste sentido, não sendo possível trabalhar com a população completa, utilizou-se apenas uma amostra, tendo sido o estudo realizado em instituições que pertencem a 4 Províncias angolanas e representam a região sul de Angola (figura 4) o que se deve ao facto da grande dispersão geográfica. Foram recolhidos dados nos hospitais das províncias da Huíla, em três hospitais públicos da cidade do Lubango: Hospital Central Dr. António Agostinho Neto, Maternidade Irene Neto, Hospital Pediátrico Pioneiro Zeca; na Província de Moçamedes, na cidade do Namibe, no Hospital Saco Mar, no Hospital Ngola Kimbanda, Hospital Materno e Infantil Namibe; na Província do Cunene, no Hospital de Onjiva, e no Hospital do Kuando Kuvango no Hospital de Menongue.

Figura 4: Mapa de Angola adaptado de Gouveia (2015)



Foram tidos como critérios de inclusão: estar presente no momento da recolha de dados e querer participar livremente no estudo. Podemos assim afirmar que se trata de uma amostra não probabilística por conveniência.

Segundo Hulley *et. al.* (2001, p.48), “Em pesquisa clínica, a amostra de estudo é geralmente composta por indivíduos que atendem os critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador. Por essa razão, recebe o nome de amostra de conveniência. Esse tipo de amostra tem vantagens óbvias em termos de custos e logística e é uma boa escolha para muitas questões de pesquisa.”

A opção teve como base encontrar uma amostra de elementos convenientes, sendo a seleção deixada a cargo do investigador. Este tipo de amostragem é mais económica e gastou menos tempo pelo facto de estarmos a trabalhar com uma área geográfica abrangente. O número total de enfermeiros foi de 392, distribuídos pelas referidas províncias: Huíla 192 enfermeiros, Moçamedes 83 enfermeiros, Cunene 64 e, Kuando-Kuvango 53 enfermeiros. Sendo o Lubango a área de habitação do investigador, esta é a Província onde foi possível recolher mais dados, sendo 235 dos serviços gerais (cirurgia, medicina, urgência), 116 da área de maternidade e obstetrícia e 41 da pediatria. A amostra representa 31,97% da população em estudo. Para um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 4%, a partir de uma população acessível de 1226 enfermeiros, foi possível obter uma amostra de 392 enfermeiros.

2.4 Instrumento de colheita de dados

Para a recolha de dados, foi utilizado um questionário estruturado. Fortin (2003), argumenta que o questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos e é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos e ajuda a organizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Desta forma, utilizou-se para a recolha de dados um questionário composto pela Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade de Cuidados (EPAECQC) de Martins *et., al.* (2016).

O questionário (Anexo 1) é constituído por uma primeira parte de características sociodemográficas e profissionais, num total de doze questões.

Segue-se a escala utilizada, num total de vinte e quatro afirmações e, por último, é feita uma análise da percepção subjetiva da qualidade em relação aos fatores que podem interferir no resultado da qualidade dos cuidados e à avaliação da qualidade dos cuidados em relação ao serviço e ao hospital.

Foi elaborado um pré-teste do instrumento em agosto de 2018 a uma amostra de 10 enfermeiros, sem proposta de alteração e sem alteração cultural da escala. Foi aplicado o instrumento de colheita de dados.

Segundo Martins (2002), realiza-se o pré-teste a uma amostra piloto antes da aplicação do instrumento de colheita de dados (entrevista ou questionário) e os resultados deste procedimento permite alterar, incluir, excluir perguntas de acordo com as necessidades.

De acordo com Fortin (2003, p.253), o pré-teste “avalia a eficácia e pertinência do questionário, pelo que esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões”.

De forma a verificar se o instrumento de colheita de dados utilizado mede realmente o objeto de estudo, procedeu-se à avaliação da fidelidade do instrumento de colheita de dados, pois como refere Fortin (1999, p. 225) “a fidelidade, propriedade essencial dos instrumentos de medida, designa a precisão e a constância dos resultados que ela fornece.” Assim, procedeu-se à avaliação da consistência interna através da determinação do alfa de Cronbach, de forma a verificar a existência de homogeneidade dos enunciados constituintes do instrumento, através da avaliação das correlações entre os diferentes enunciados do constructo. No que refere ao valor do alfa de Cronbach, este varia entre 0,00 e 1,00, sendo que quanto mais elevado for o seu valor mais significativo é a consistência interna do instrumento de medida e consequentemente a sua fidelidade.

Para além da fidelidade, foi também avaliado um outro critério, a validade, de forma avaliar a qualidade do instrumento de colheita de dados, que de acordo com Fortin (1999, p. 229) diz respeito “(...) ao grau com que os conceitos em estudo são representados pelos enunciados específicos de um instrumento de medida”

A escala utilizada no questionário, que corresponde à EPAECQC, foi sujeita a uma avaliação da consistência interna do constructo através da determinação do alfa de Cronbach, tendo sido obtido, após análise dos 25 itens, um valor de 0,913 o que demonstra uma elevada consistência interna e que corrobora com os valores alcançados por Martins *et.al* (2016) (alfa de Cronbach de 0,940).

2.5 Procedimentos de colheita de dados e ética

Para a recolha de dados através do questionário, nas diversas Instituições, procedemos ao pedido por escrito a todas as Direções Gerais dos Hospitais alvo do estudo, acompanhadas por um exemplar do questionário (Anexo II). Após as referidas autorizações, procedeu-se à entrega dos questionários aos enfermeiros precedidos do consentimento informado assinado e uma breve explicação em cada unidade hospitalar, visto que no momento da recolha de dados não existiam

comissões de ética nos referidos hospitais. Este parâmetro foi ultrapassado e procedeu-se à aplicação dos questionários.

A colheita de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2018 e fevereiro de 2019, tendo o preenchimento do questionário uma duração média de 15 minutos.

Uma vez que se trata de um estudo com seres humanos, é necessário ter em consideração os princípios éticos.

A ética para Fortin (1999) é um conjunto de normas e princípios de ordem moral que regem a conduta de uma pessoa, de um grupo ou de uma sociedade, ou seja, a ética é a ciência da moral, é a arte de dirigir a conduta humana.

Atendendo que todo e qualquer estudo científico realizado junto dos seres humanos levanta questões morais e éticas, nesta pesquisa foram respeitados os seguintes princípios enumerados por Fortin, (1999):

- O **consentimento** do indivíduo deve ser dado de forma legal, esclarecido e voluntário.
- O direito à **autodeterminação** que é definido como o respeito pelas pessoas, em que elas decidem livremente sobre a sua participação ou não na investigação.
- O direito à **intimidade** que obriga o investigador a respeitar a liberdade da pessoa em decidir sobre a dimensão da informação íntima e privada a dar quando participa numa investigação.
- O direito ao **anonimato** que diz respeito à confidencialidade o que quer dizer que os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem a autorização do sujeito.
- O direito à **proteção contra o desconforto e o prejuízo** que exige respeito pelas regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do benefício.
- O direito a um tratamento **justo e equitativo**, isto é, o inquirido tem o direito de ser informado sobre a natureza, o objetivo e a duração da investigação para o qual é solicitado.

Para poder corresponder aos princípios éticos, foram inicialmente remetidas cartas às instituições em causa e entregues nas respetivas secretarias e, após autorização, deslocamo-nos às instituições.

Os enfermeiros que se encontravam no seu local de trabalho, no momento em que o investigador se deslocou à instituição, foram informados pelos chefes de serviço e, caso decidissem participar na investigação, dirigiam-se à sala de reuniões para poderem tomar conhecimento do objetivo

da investigação e esclarecer alguma dúvida. Após a explicação, caso não pretendessem colaborar, abandonariam a sala sem qualquer prejuízo. Na situação em que decidiram colaborar, foi-lhes entregue o questionário e assinaram o consentimento informado. Em algumas situações, deixaram contato para posterior entrega ao investigador do questionário devido à indisponibilidade de o preencher no momento. Porém, foi explicado que em nenhum momento o nome podia ser escrito em qualquer lugar.

Após o preenchimento, o questionário era colocado numa urna. Todo o procedimento foi manuscrito devido ao fato de não haver disponibilidade para proceder ao preenchimento do questionário de forma digital por parte dos enfermeiros, o que, na verdade, tornou o processo mais demorado.

PARTE III - OLHAR SOBRE A PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS E SEU CONTEXTO NA ÓTICA DOS ENFERMEIROS ANGOLANOS

Após a revisão da literatura na qual abordamos os marcos teóricos que sustentam a temática, seguida do desenho da investigação no qual foi apresentado de forma explícita o percurso da investigação e as opções metodológicas, faremos neste capítulo a descrição dos dados que conferem o corpo da pesquisa. Inicialmente, faremos a descrição das variáveis em estudo e, posteriormente, iremos relacionar os dados obtidos com a literatura para, de seguida, apresentarmos as ilações mais relevantes desta investigação.

3.1 Descrição da amostra

Neste subcapítulo, faremos a apresentação dos resultados das variáveis sociodemográfica da amostra de enfermeiros em estudo, tendo por base a análise estatística descritiva simples e, sempre que possível, analisando as diferenças nas variáveis sociodemográficas dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros dos cuidados.

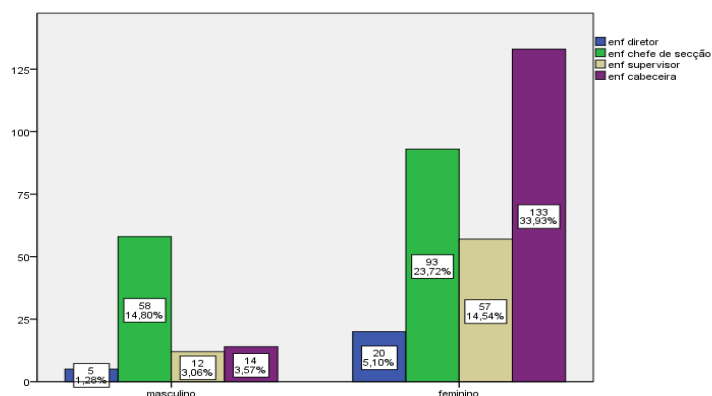
A amostra desta investigação é constituída por enfermeiros da região sul da Angola que é constituída por três províncias: Huíla que tem como capital a cidade do Lubango, Moçamedes que tem como capital a cidade do Namíbe, Kuando-Kuvango que tem como capital a cidade de Menongue e Cunene que tem como capital a cidade de Ondjiva, num total de 392 enfermeiros. A cidade com maior representatividade foi a cidade do Lubango (49%), seguida da cidade do Namíbe (21,2%), Ondjiva (16,3%) e com a menor frequência a cidade de Menongue (13,5%).

Relativamente ao serviço onde desempenham funções, os enfermeiros foram discriminados por três áreas de atuação: Hospital geral, (que contempla os serviços de medicina, cirurgia e especialidades cirúrgicas, urgência, unidade de queimados, cuidados intensivos e consultas externas), Maternidade (que contempla obstetrícia e ginecologia) e Pediatria. O hospital geral apresentou a maior percentagem (59,9%), seguindo-se a área da maternidade (29,6%) e por último, com a menor frequência, a área de pediatria (10,5%).

Quanto ao sexo, há uma predominância significativa do género feminino (77,3%) em comparação com o género masculino (22,7%). Através da observação do gráfico nº1, percebe-se claramente que o sexo feminino ocupa mais o cargo de enfermeiro dos cuidados (enfermeiro de cabeceira) em relação ao sexo masculino. Por outro lado, o sexo masculino, em comparação, ocupa mais os cargos de chefe de secção e enfermeiro diretor. Como podemos observar, dos 89 enfermeiros, 5 (5,6%) são enfermeiros diretores e 58 (65,3%) são enfermeiros chefes de secção, enquanto que das 303 enfermeiras 20 (6,6%) são enfermeiras diretoras e 93 (30,7%) são enfermeiras chefes de secção.

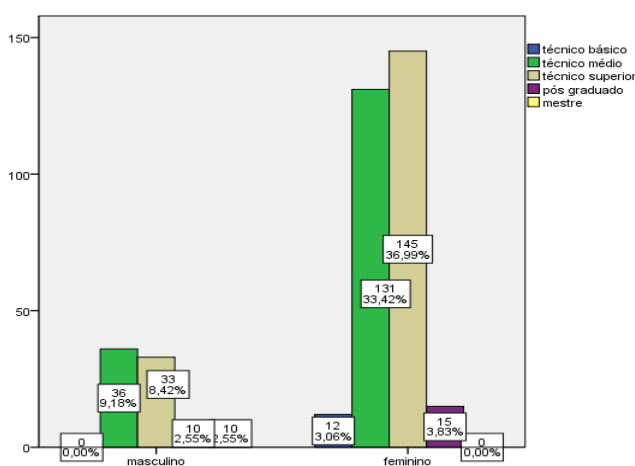
Em relação à categoria profissional (gráfico nº2), no sexo masculino não se verificam técnicos básicos, mas pelo contrário, verificam-se mestres (2,6%). O sexo feminino apresenta uma maior percentagem de enfermeiras pós-graduadas (3,8%) e de enfermeiras com o ensino superior (46,5%) mas, também, verificamos enfermeiras com o nível mais baixo na categoria de técnicas médias (4%).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra em relação ao sexo e ao cargo que os enfermeiros ocupam



Podemos assim verificar na observação do gráfico 1 uma maior predominância dos enfermeiros dos cuidados assim como uma maior predominância do sexo feminino.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra em relação ao sexo e à categoria profissional dos enfermeiros



A idade dos enfermeiros oscilou entre um mínimo de 28 anos e um máximo de 61 anos com uma média de 42,7 anos (Dp=7,84).

O intervalo com maior frequência é dos 39 aos 49 anos (50,5%), segue-se o intervalo dos 28 aos 38 anos (29,8%), depois surge o intervalo dos 50 aos 60 anos (19,1%), por último, os enfermeiros

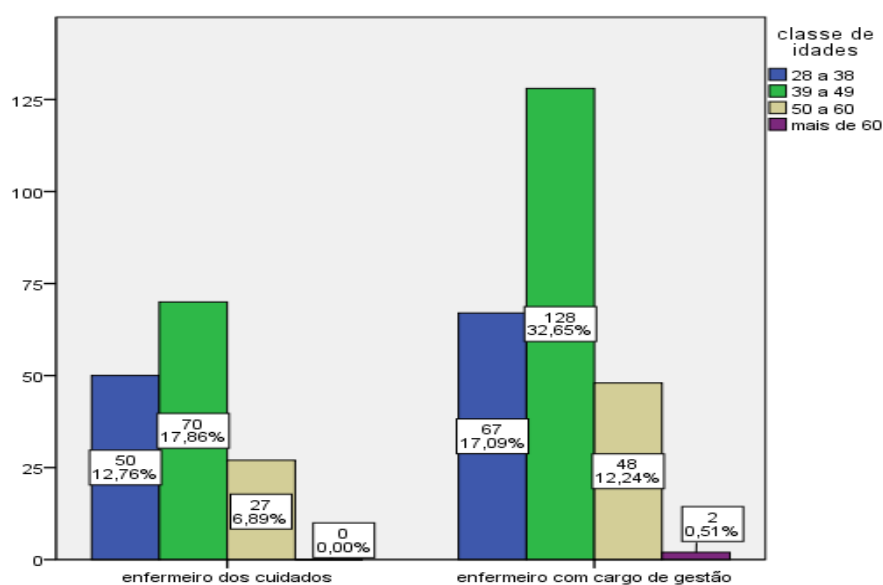
com mais de 60 anos apenas representam 0,5% da amostra, como podemos constatar na tabela nº1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra em relação às classes etárias dos enfermeiros

	Nº	%
28 a 38 anos	117	29,8
39 a 49 anos	198	50,5
50 a 60 anos	75	19,1
mais de 60 anos	2	0,5
total	392	100

Em relação às idades dos profissionais de saúde e, ao fato de exercerem cargo de gestão ou serem enfermeiros dos cuidados, verificamos, no gráfico nº3, que em cargos de gestão são encontrados enfermeiros com mais de 60 anos (0,51%), ao passo que isto não se verifica nos enfermeiros dos cuidados. Também se verifica uma percentagem superior na classe dos 50 aos 60 anos para os enfermeiros com cargo de gestão. Por outro lado, em ambos os casos a classe de idades mais predominante é dos 39 aos 49 anos.

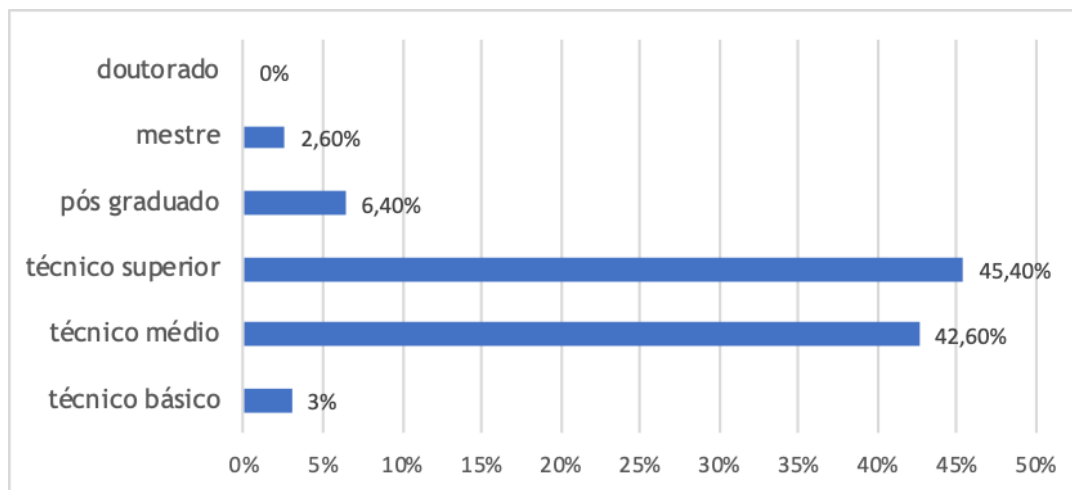
Gráfico 3 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis classes de idades e ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor



Em relação ao exercício profissional, foi verificado um maior número de enfermeiros com a categoria profissional de técnico superior (45,4%), seguem-se os técnicos médios (42,6%), pós-

graduado (6,4%), técnico básico (3,0%), mestre (2,6%) e doutorado que não teve nenhuma representação, como podemos verificar no gráfico nº4.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra em relação à categoria profissional dos enfermeiros



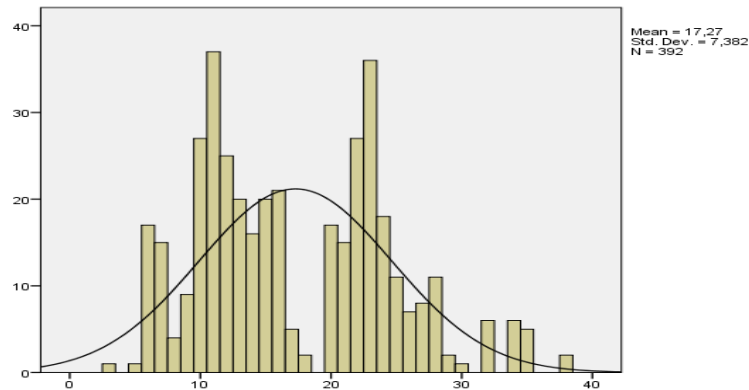
Relativamente à formação profissional, no que refere aos enfermeiros gestores, os resultados são, de um modo geral, satisfatórios visto que, o maior número dos gestores é licenciado (33,4%), com o grau de pós-graduação (5,1%) e de mestrado (2,6%) e, felizmente, não se verificou enfermeiros gestores com a categoria de técnicos básicos, contrariamente ao que ocorre nos enfermeiros dos cuidados.

Tabela 2 - Distribuição da associação entre a categoria profissional e ser enfermeiro dos cuidados ou ser enfermeiro gestor

	Categoria Profissional									
	Técnico básico		Técnico médio		Técnico Superior		Pós-graduado		Mestre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro cuidados	12	3,1%	83	21,2%	47	12%	5	1,3%	0	0%
Enfermeiro gestor	0	0%	84	21,4%	131	33,4%	20	5,1%	10	2,6%

Já no que refere ao cargo que ocupa do total da amostra, os enfermeiros chefes de seção apresentam o valor mais elevado (38,5%), os enfermeiros de cabeceira apresentam uma frequência de 37,5%, os enfermeiros supervisores surgem com 17,6%, e os enfermeiros diretores (6,4%) com a menor frequência.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra em relação aos anos de exercício profissional



De forma a caracterizar o exercício profissional, consideramos os anos de exercício profissional global, assim como os anos no atual serviço e se exercem cargo de gestão ou não. Em relação ao exercício profissional como enfermeiros, obtivemos um mínimo de 3 anos e o máximo de 38 anos ($Dp=7,382$; $X=17,27$). Quando agrupados em classes, verifica-se que o intervalo dos 11 aos 20 anos representa o maior valor (41,3%), depois surge o intervalo dos 21 aos 30 anos (34,9%), até 10 anos (18,9%) e com mais de 30 anos (4,8%), dados representados no gráfico nº5.

Tendo em vista os objetivos do estudo, é importante verificar se os enfermeiros são dos cuidados ou da área da gestão, onde se verificou que a maioria (62,3%) dos enfermeiros exerce cargo na área de gestão e (37,7%) dos enfermeiros refere que não exerce nenhum cargo de gestão estando apenas na área da prestação dos cuidados.

Associando o ser enfermeiro gestor ou enfermeiro dos cuidados, no que concerne ao sexo, verificamos que na prestação de cuidados o sexo masculino apresenta menor número. Porém, quando verificamos o número de enfermeiros do sexo masculino em cargos de gestão este aumenta, ou seja, no universo dos enfermeiros masculinos 84,3% desempenha funções de gestão, ao passo que no universo dos enfermeiros do sexo feminino a percentagem é de 56,1% (tabela nº3).

Tabela 3 - Distribuição da associação entre o sexo e ser enfermeiro dos cuidados ou ser enfermeiro gestor

	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro dos cuidados	14	3,6%	133	33,9%
Enfermeiro gestor	75	19,1%	170	43,4%
Total	89	22,7%	303	77,3%

Em relação aos anos que exercem cargo na área da gestão, estes variam entre um e quinze anos. Sendo o intervalo de um a cinco anos o que apresenta maior frequência (60%), segue-se o intervalo dos 6 aos 10 anos com uma frequência de (30%) e mais de 10 anos com uma frequência de (10%). Ainda na categoria profissional, os enfermeiros referem que trabalham no atual serviço em média há 9,72 anos, sendo o mínimo de um ano e o máximo de 35 anos.

Os enfermeiros devem ser profissionais empenhados na sua formação no sentido de prestar cuidados baseados na melhor evidência científica, pelo que a especialidade é uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados prestados numa área de atuação específica. Dos enfermeiros da amostra, a maioria não tem especialidade (88%) e apenas (12%) refere ter especialidade, como pode ser observado na tabela nº4.

Tabela 4 - Distribuição da amostra sobre ter especialidade ou não ter especialidade

Variável	Nº	%
Especialidade: sim	47	12%
Especialidade: não	345	88%

Mesmo no que refere aos enfermeiros gestores, apenas 8,2% refere ter especialidade. Das especialidades mencionadas pelo total dos enfermeiros, a mais referida é a especialidade de parteira e de anestesia, associada aos técnicos médios. Na formação superior, apenas é referida em enfermagem comunitária/saúde pública.

Tabela 5 - Distribuição dos resultados da amostra sobre os enfermeiros dos cuidados e os enfermeiros gestores em relação a terem ou não especialidade

	ESPECIALIDADE			
	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Enfermeiro dos cuidados	15	3,8%	132	33,7%
Enfermeiro gestor	32	8,2%	213	54,3%

Quanto ao vínculo, e por se tratarem de instituições públicas, verificamos que (95,9%) dos enfermeiros são efetivos e apenas (4,1%) têm um vínculo temporário.

No que se relaciona com o turno em que trabalham os enfermeiros da amostra: o turno rotativo apresenta a maior percentagem (52,3%), o turno da manhã (45,4%), e o turno da tarde (2,3%), não se verificando nenhuma frequência no turno da noite.

Por último, na caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, pensamos ser pertinente identificar se os enfermeiros estudam ou não, visto que a atualização dos conhecimentos é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade. Neste caso, os resultados verificados na tabela nº6 evidenciaram que (85,2%) estuda e (14,8%) refere que não estuda.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com a variável estudar no atual momento

Variável	Nº	%
Estuda	58	14,8%
Não estuda	334	85,2%

Neste caso, verificamos uma maior predominância dos enfermeiros que não se encontram no momento a investir na sua formação.

Em relação ao ser enfermeiro dos cuidados e ao ser enfermeiro gestor, foi também analisado se estes enfermeiros estudam ou não no momento da investigação. Dos enfermeiros que exercem funções na área da prestação direta de cuidados, verificamos que 28,1% não estuda e 9,4% refere estudar, ao passo que para os enfermeiros gestores as percentagens são superiores para os que não estudam, 57,1% e apenas 5,4% dos enfermeiros com cargo de gestão refere estudar.

Tabela 7 - Distribuição da relação entre o ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor e estudar

	Estuda				Total	
	Não		Sim			
	N	%	N	%	N	%
Enfermeiros dos cuidados	110	28,1%	37	9,4%	147	37,5%
Enfermeiros gestores	224	57,1%	21	5,4%	245	62,5%

Podemos assim dizer, que a nossa amostra se caracteriza por uma predominância do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 39 e os 49 anos de idade. É de salientar, que o maior número de profissionais de enfermagem é técnico superior (licenciado) e ocupa cargos de gestão, porém nenhum dos profissionais tem especialidade na área da gestão.

3.2 Avaliação da qualidade dos cuidados no Hospital

Tendo em vista que os recursos em saúde são findáveis, mas as necessidades não o são, é fundamental gerir de forma adequada os recursos no sentido de não comprometer a qualidade dos cuidados prestados, pois a prática dos cuidados de enfermagem é determinada pela conceção que se tem da qualidade dos cuidados.

Apresentamos, seguidamente, os dados que resultam da aplicação do Questionário da Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para qualidade dos cuidados e que permitem analisar a perceção da qualidade do ponto de vista dos enfermeiros, no que se refere aos padrões da qualidade de enfermagem. São definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos utentes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos utentes, à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem.

De forma a clarificar a descrição dos resultados, faremos a apresentação das dimensões dos padrões da qualidade em frequências absolutas e relativas e, sempre que necessário, outras medidas estatísticas.

3.2.1 Percepção da qualidade: satisfação do utente

De forma a alcançar a excelência na prestação dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros procuram atingir a satisfação dos utentes. A satisfação dos utentes vai resultar de várias ações do enfermeiro que vão de encontro à expectativa do utente em relação aos cuidados prestados.

Em relação à satisfação do utente, os enfermeiros referem que **sempre** (43,9%) demonstram respeito pelas crenças, valores e desejos da natureza individual do utente nos cuidados que prestam. Também afirmam que **sempre** (40,1%) procuram empatia nas interações com o utente e família. Porém, os enfermeiros referem que **nunca** (16,3%) ou **poucas vezes** (18,1%) envolvem os familiares significativos do utente no processo dos cuidados.

Tabela 8 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a satisfação do utente

Variável	Nunca		Poucas Vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente nos cuidados que prestam	7	1,8%	55	14%	158	40,3%	172	43,9%
Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o utente e família	25	6,4%	74	18,9%	136	34,7%	157	40,1%
Os enfermeiros envolvem os familiares significativos do utente no processo dos cuidados	64	16,3%	71	18,1%	124	31,6%	133	33,9%

De uma forma global, podemos dizer que os enfermeiros demonstram, em maior número, sempre respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente nos cuidados que prestam. Na opção nunca, concluímos que a envolvência dos familiares significativos do utente no processo dos cuidados é aquela que menos é realizada pelos enfermeiros.

3.2.2 Perceção da qualidade: promoção da saúde

Descrevemos agora os resultados relativos à promoção da saúde. No padrão da qualidade, Promoção da Saúde, os enfermeiros referem que **muitas vezes** (35,5%) identificam as situações de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade, e **sempre** (44,1%) aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis e **sempre** (37,2%) fornecem informação geradora de aprendizagem cognitivas e de novas capacidades pelo utente.

Tabela 9 - Distribuição da perceção dos enfermeiros sobre a promoção da saúde

Variável	Nunca		Poucas Vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade	46	11,7%	90	23%	139	35,5%	117	29,8%
Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	43	11%	83	21,2%	93	23,7%	173	44,1%
Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagens cognitivas e de novas capacidades pelo utente	21	5,4%	88	22,4%	137	34,9%	146	37,2%

Podemos assim referir que a identificação de situações de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade, por parte dos enfermeiros, é a menos realizada pelos mesmos. Em contrapartida, os enfermeiros oferecem, na maioria das vezes, a informação que ajuda à aprendizagem cognitiva e de novas capacidades por parte do utente.

3.2.3 Perceção da qualidade: prevenção e complicações

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos utentes, assim os enfermeiros da amostra em estudo são da opinião que **sempre** (50%) identificam os problemas do utente. Quanto ao prescreverem e implementarem intervenções com vista à prevenção de complicações 44,4%, referem que, o fazem **sempre**, contrapondo com 17,9% que refere que nunca o faz.

Os enfermeiros afirmam que **sempre** (45,4%) avaliam as intervenções que contribuem para evita problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis assim como são da opinião que **sempre** (47,4%) demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, tal como **sempre** (39,3%) referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com as necessidades. A maioria dos enfermeiros são da opinião que **sempre** (52%) supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam e **sempre** (59,9%) demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

Podemos afirmar que na vertente da promoção de complicações as áreas de menor atenção por parte dos enfermeiros estão relacionadas com a avaliação das intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis assim como, a referenciação de situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com as necessidades. Por outro lado, na sua grande maioria os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

Tabela 10 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a prevenção de complicações

Variável	Nunca		Poucas vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do utente	16	4,1%	61	15,6%	119	30,4%	196	50%
Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	70	17,9%	21	5,4%	127	32,4%	174	44,4%
Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	19	4,8%	80	20,4%	115	29,3%	178	45,4%
Os enfermeiros demonstram rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem	17	4,3%	70	17,9%	119	30,4%	186	47,4%
Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com as necessidades	19	4,8%	80	20,4%	139	35,5%	154	39,3%
Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam	12	3,1%	42	10,7%	134	34,2%	204	52%
Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	11	2,8%	20	5,1%	126	32,1%	235	59,9%

3.2.4 Percepção da qualidade: bem-estar e autocuidado

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos utentes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o utente é dependente. Assim, quanto ao padrão de bem-estar, os enfermeiros são da opinião que **sempre** (48,7%) identificam os problemas do utente que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida. Os enfermeiros também são da opinião de que **nunca** (18,1%) prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes. Na opinião dos enfermeiros (37,5%), estes **sempre** avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes.

Os enfermeiros **às vezes** (46,2%) demonstram rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes. Na opinião dos enfermeiros, estes **nunca** (9,7%) referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes. Por último, nesta dimensão ainda, a maioria dos enfermeiros é da opinião que os enfermeiros **sempre** (56,1%) demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e delegam.

Tabela 11 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre o bem-estar e o autocuidado

Variável	Nunca		Poucas Vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os enfermeiros identificam os problemas do utente que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida	29	7,4%	76	19,4%	96	24,5%	191	48,7%
Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	71	18,1%	63	16,1%	143	36,5%	147	37,5%
Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	39	9,9%	63	16,1%	143	36,5%	147	37,5%
Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	17	4,3%	64	16,3%	181	46,2%	130	33,2%
Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	38	9,7%	50	12,8%	156	39,8%	148	37,8%
Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam	23	5,9%	20	5,1%	129	32,9%	220	56,1%

Podemos afirmar que a prescrição e a implementação de intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes é a menos realizada pelos enfermeiros. Ao passo que, na sua maioria, os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

3.2.4 Perceção da qualidade: readaptação funcional

Passamos agora, para a descrição da perceção dos enfermeiros sobre a readaptação funcional que corresponde à antepenúltima categoria da escala em execução.

No padrão Readaptação Funcional, a maioria dos enfermeiros (63%) é da opinião que **sempre** dá continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, assim como **sempre** (54,3%) planeia a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade e (54,6%) , otimiza as capacidades do utente e familiares para gerir o regime terapêutico prescrito, e **muitas vezes** (43,4%) os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o utente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

De uma forma geral, em relação às intervenções relativas à readaptação funcional, constatamos que a continuidade dos cuidados é um parâmetro realizado de forma muito frequente pelos enfermeiros, contrariamente ao que ocorre com o empoderamento do utente, visto que, a frequência com que os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o utente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional apresenta os valores mais baixos.

Tabela 12 - Distribuição da perceção dos enfermeiros sobre a readaptação funcional

Variável	Nunca		Poucas Vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	22	5,6%	24	6,1%	99	25,3%	247	63%
Os enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos utentes e os recursos da comunidade.	41	10,5%	34	8,7%	104	26,5%	213	54,3%
Os enfermeiros otimizam as capacidades do utente e familiares para gerir o regime terapêutico prescrito	41	10,5%	34	8,7%	103	26,3%	214	54,6%
Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o utente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	46	11,7%	48	12,2%	128	43,4%	392	43,4%

3.2.5 Perceção da qualidade: organização dos cuidados de enfermagem

Por último, descrevemos os resultados relativos à análise estatística da componente organização dos cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à organização dos cuidados, a maioria dos enfermeiros é da opinião que os enfermeiros **sempre** (58,4%) dominam o sistema de registos de enfermagem e **sempre** (52,8%) conhecem as políticas do hospital.

Tabela 13 - Distribuição da perceção dos enfermeiros sobre a organização dos cuidados de enfermagem

Variável	Nunca		Poucas Vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem	14	3,6%	38	9,7%	111	22,4%	229	58,4%
Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	32	8,2%	41	10,5%	112	28,6%	207	52,8%

Apresentamos, seguidamente, em termos estatísticos a análise das categorias da escala. Da análise do total das dimensões dos padrões da qualidade, verificamos no quadro 5 que em relação à **Satisfação do utente** esta variou entre um mínimo de 3 e um máximo de 12, com uma média de 9,18, e desvio padrão 2,024, com uma moda de 9. A dimensão da **Promoção da Saúde**, à semelhança da anterior dimensão, também variou entre um mínimo de 3 e um máximo de 12, a média apresentou valores ligeiramente inferiores 8,89, o desvio padrão 2,396 e a moda foi 9. Quanto à **Prevenção de Complicações**, registou-se um mínimo de 7 e um máximo de 28, com o valor mais elevado de média 22,56, desvio padrão de 4,64 e, moda de 25. Em relação ao Bem-estar e o autocuidado, verificamos uma pontuação mínima de 6 e uma máxima de 24, com média de 18,48, desvio padrão 4,475 e moda 24. Na dimensão **Readaptação**, a mínima pontuação foi de 4 e a máxima de 16, sendo a média de 13,03 o desvio padrão de 2,679 e, a moda de 16. Por último, na dimensão **Organização** registou-se o mínimo de pontuação de 2, sendo o mais baixo de todas as dimensões e um máximo de 8, também o mais baixo para a pontuação máxima. A média foi de 6,67 o desvio padrão 1,561 e a moda 8.

Quadro nº5 Distribuição dos dados descritivos da percepção da qualidade pelas categorias

	Total satisfação	Total promoção	Total prevenção	Total bem-estar	Total readaptação	Total organização
Média	9,18	8,89	22,56	18,48	13,03	6,67
Moda	9	9	25	24	16	8
Desvio Padrão	2,024	2,396	4,640	4,475	2,679	1,561
Mínimo	3	3	7	6	4	2
Máximo	12	12	28	24	16	8

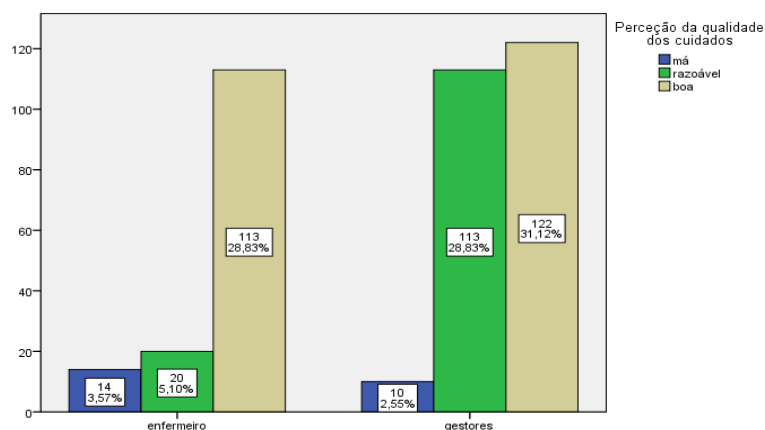
Analisando o total da escala, podemos observar que obtivemos um mínimo de pontuação de 30 e um máximo de pontuação de 96, com uma média de 75,18 e desvio padrão 14,25.

Tabela 14 - Distribuição dos resultados segundo a pontuação da escala em intervalos

Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados	Nº	%
Má	24	6,1%
Razoável	133	33,9%
Boa	235	59,9%
Total	392	100%

Para dar uma visão mais abrangente da escala, consideramos três intervalos para a análise da percepção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem no seu serviço, sendo o primeiro intervalo o que obtém uma pontuação na escala entre 25 e 50 classificada como má, superior a 50 e até 75 classificada como razoável e, por último, superior a 75 classificada como boa, tendo-se obtido os resultados espelhados na tabela nº14 que demonstram que a maioria dos enfermeiros (59,9%) tem uma boa percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, 33,9% razoável e, apenas 6,1% aponta para uma má percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Gráfico 6 - Distribuição dos resultados da escala em intervalos para enfermeiros gestores e enfermeiros dos cuidados

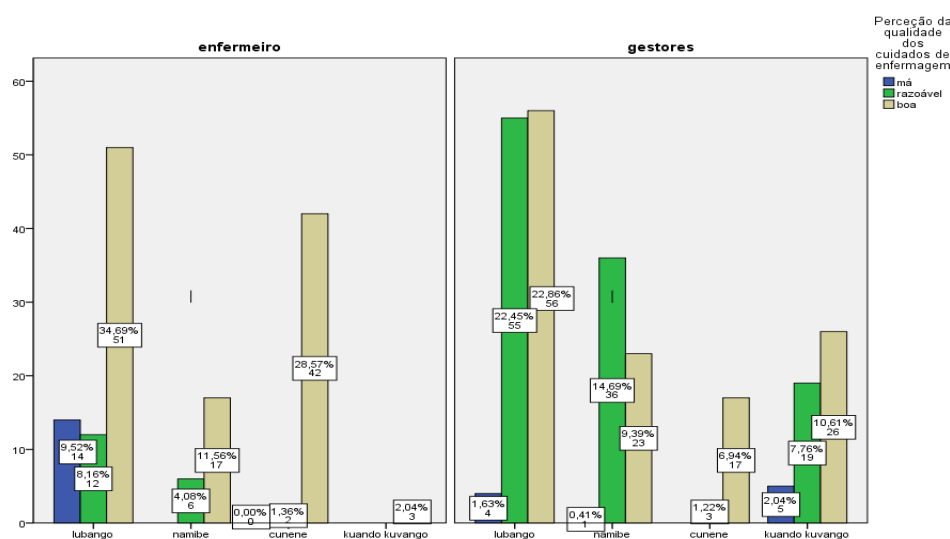


Analisando, no gráfico nº6, os resultados da escala de opinião dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros dos cuidados em relação à qualidade dos cuidados, verificamos que a perspectiva dos enfermeiros dos cuidados na avaliação dos mesmos é maioritariamente boa, ao passo que para os enfermeiros gestores ela é próxima para as avaliações de boa e razoável, embora a percentagem de enfermeiros dos cuidados que avalia a qualidade dos cuidados como má é superior para os enfermeiros dos cuidados.

Visto que a amostra em estudo foi composta por hospitais de províncias distintas, analisamos, no gráfico nº 7, as diferenças de opinião entre os enfermeiros gestores e dos cuidados das províncias em estudo.

Em relação ao Lubango, que corresponde à província da Huíla, verificamos que é o único local onde os enfermeiros dos cuidados classificam a qualidade dos cuidados de enfermagem como má (7,3% do total da amostra).

Gráfico 7 - Distribuição da percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem entre enfermeiros dos cuidados e enfermeiros gestores e as suas províncias



Em relação aos enfermeiros gestores, a pontuação maior para a classificação de maus cuidados de enfermagem recai na província do Kuando Kuvango (Menongue, 9,4% do total da amostra). Pelo lado positivo, a província do Cunene (Ondjiva) é a que classifica melhor a qualidade dos cuidados de enfermagem na perspetiva dos enfermeiros dos cuidados (65,6% do total da amostra). Já em relação ao Namibe e na perspetiva dos enfermeiros gestores a qualidade dos cuidados prestados é razoável (43,4%).

De uma forma geral, na perspetiva dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados é boa, e as dimensões com melhor pontuação são a readaptação funcional e a organização dos cuidados.

3.4 Outros olhares da qualidade

Na descrição dos resultados, foram também analisadas as variáveis: fatores que interferem na qualidade dos cuidados de enfermagem; percepção subjetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem, no serviço e no hospital no qual o enfermeiro desempenha funções

A qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser influenciada por vários fatores. Fatores estes que condicionam a percepção que o enfermeiro pode ter da mesma. Em Angola, o sistema de saúde garante a universalidade de acesso e a garantia de equidade sendo tendencialmente gratuito, assim oscilações económicas e políticas condicionam muitas vezes os cuidados prestados, tanto no que se refere a recursos humanos como materiais.

Tabela 15 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre os fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem

Fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Recursos Humanos	295	75,3%	97	24,7%
Recursos Materiais	279	71,2%	113	28,8%
Interesse Profissional	156	39,8%	236	60,2%
Disponibilidade Profissional	146	37,2%	242	61,7%
Comprometimento profissional	192	49%	200	51%
Estrutura física da instituição ou do serviço	199	50,8%	193	49,2%
Formação profissional	293	74,7%	99	25,3%

Na tabela nº15, verificamos que na opinião dos enfermeiros os recursos humanos (75,3%) são mencionados como o fator que mais condiciona o resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem, segue-se a formação profissional (74,7%) que na perspectiva dos enfermeiros também surge como um fator relevante para o resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim como, os recursos materiais (71,2%) e a estrutura física da instituição ou serviço (50,8%). Pelo contrário, na opinião dos enfermeiros o interesse profissional (60,2%), a disponibilidade profissional (61,7%) e o comprometimento profissional (51%) são mencionados como fatores que não interferem tanto no resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem

Tabela 16 - Distribuição da percepção dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores sobre os fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem

Fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores	Enfermeiro dos cuidados				Enfermeiro gestor			
	Sim		Não		Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recursos Humanos	80	20,41%	67	17,09%	215	54,85%	30	7,65%
Recursos Materiais	89	22,70%	58	14,80%	190	48,47%	55	14,03%
Interesse Profissional	46	11,73%	101	25,77%	110	28,06%	135	34,44%
Disponibilidade Profissional	54	13,92%	89	22,94%	92	23,71%	153	39,43%
Comprometimento profissional	64	16,33%	83	21,17%	128	32,65%	117	29,85%
Estrutura física da instituição ou do serviço	66	16,84%	81	20,66%	133	33,93%	112	28,57%
Formação profissional	108	27,55%	39	9,95%	185	47,19%	60	15,31%

Na tabela 16, apresentamos os fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados na perspectiva dos enfermeiros dos cuidados e na perspectiva dos enfermeiros gestores. Na opinião dos enfermeiros gestores, o fator que mais pode interferir com a qualidade dos cuidados está relacionado com os recursos humanos (54,85%), seguido da formação do profissional (47,19%). O aspecto menos relevante para a qualidade dos cuidados, na opinião dos enfermeiros gestores, é a disponibilidade profissional (34,44%) e o interesse profissional (28,06%). Já na opinião dos enfermeiros dos cuidados, verificamos que os recursos materiais (22,70%) são apontados como os fatores que mais podem interferir no resultado da qualidade dos cuidados e, à semelhança dos enfermeiros gestores, os enfermeiros dos cuidados também são da opinião que a disponibilidade

profissional (22,94%) e o interesse profissional (25,77%) são os fatores que menos podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem.

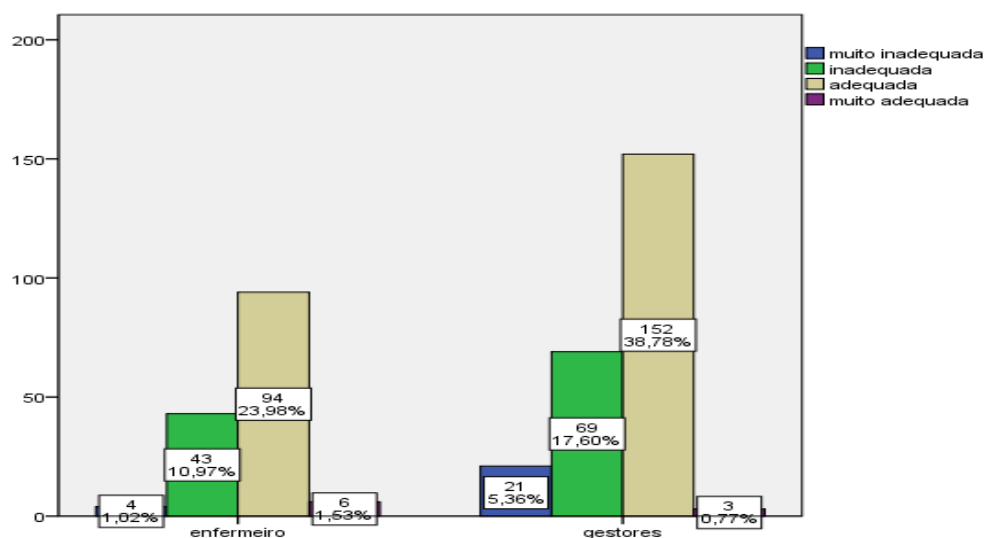
Em relação às questões que pretendiam avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem do serviço e do hospital na opinião dos enfermeiros, pode observar-se, na tabela nº17, que na opinião dos enfermeiros a qualidade dos serviços é maioritariamente adequada (62,8%), assim como a qualidade dos cuidados do hospital (65,3%).

Tabela 17 - Distribuição da opinião dos enfermeiros obre a qualidade dos cuidados do Serviço e do Hospital

	Muito Inadequada		Inadequada		Adequada		Muito Adequada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Qualidade dos cuidados do serviço	25	6,4%	112	28,6%	246	62,8%	9	2,3%
Qualidade dos cuidados do hospital	10	2,6%	110	28,1%	256	65,3%	16	4,1%

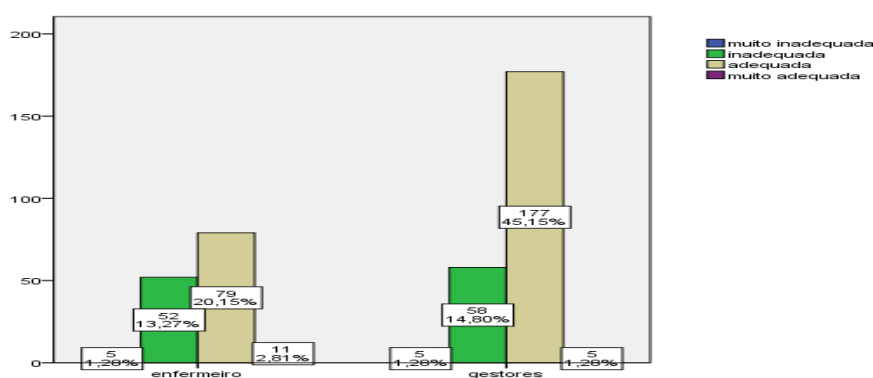
Da mesma forma, apresentamos a relação entre a opinião dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores em relação à qualidade dos serviços, assim como à qualidade dos cuidados do hospital, sendo perceptível, pela observação gráfica (gráfico nº8 e gráfico nº9), que a qualidade dos serviços onde os profissionais desempenham funções, na perspetiva dos enfermeiros dos cuidados, é avaliada de forma superior em relação à qualidade dos cuidados do hospital, contrariamente ao que acontece com a opinião dos enfermeiros gestores que apresentam valores superiores para a qualidade dos cuidados do hospital.

Gráfico 8 - Distribuição da avaliação dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores face à qualidade dos cuidados de enfermagem do seu serviço



Na observação do gráfico 8, verificamos que, os enfermeiros dos cuidados, classificam a qualidade dos cuidados de enfermagem do seu serviço em 23,98% das situações como adequada, 10,97% como inadequada, 1,53% como muito adequada e 1,02% como muito inadequada, já os enfermeiros gestores classificam a qualidade dos cuidados de enfermagem do seu serviço em 38,78% como adequada, 17,60% como inadequada, 5,36% como muito inadequada e apenas 0,7% a classifica como muito adequada.

Gráfico 9 - Distribuição da avaliação dos enfermeiros dos cuidados e dos enfermeiros gestores face à qualidade dos cuidados de enfermagem do seu hospital



Já no que refere à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem do seu hospital, os enfermeiros dos cuidados classificam-na em 20,15% das situações como adequada, 13,27% como inadequada, 2,81% como muito adequada e 1,28% como muito inadequada. Na opinião dos enfermeiros gestores, a qualidade dos cuidados do hospital é classificada em 45,15% como

adequada, 14,80% classifica-a como inadequada, e com a mesma percentagem (1,28%) ela é classificada como muito inadequada e respetivamente como muito adequada.

Posto isto, podemos evidenciar que para esta amostra de enfermeiros os recursos humanos é o fator mais determinante para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Em contrapartida, a disponibilidade profissional é o menos determinante para a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros gestores mencionam mais os recursos humanos, ao passo que os enfermeiros dos cuidados mencionam mais a formação profissional como fator determinante para a qualidade dos cuidados. Tanto a qualidade dos cuidados de enfermagem do serviço, como a qualidade dos cuidados do hospital, é classificada como adequada pelos enfermeiros dos cuidados e pelos enfermeiros gestores.

3.5 Das condições à avaliação da percepção da qualidade

Após a análise descritiva dos dados, procedemos a uma análise estatística não paramétrica, considerando a natureza das variáveis e verificando a distribuição entre as variáveis, com o intuito de encontrar diferenças entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros dos cuidados e as variáveis em estudo.

Assim, seguidamente, são apresentadas as variáveis que apresentam valores de significância inferiores a 0,05.

Analisando o total de cada uma das dimensões (Satisfação do utente, Promoção da saúde, Prevenção de complicações, Bem-estar e autocuidado, Readaptação funcional, Organização dos cuidados de enfermagem) e relação entre ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor e, considerando a análise com o recurso ao teste Mann-Whitney para amostras independentes com significâncias assintóticas (o nível de significância é ,05), apenas na dimensão da organização, não há diferenças significativas. Todas as outras dimensões apresentam valores de significância de 0,000.

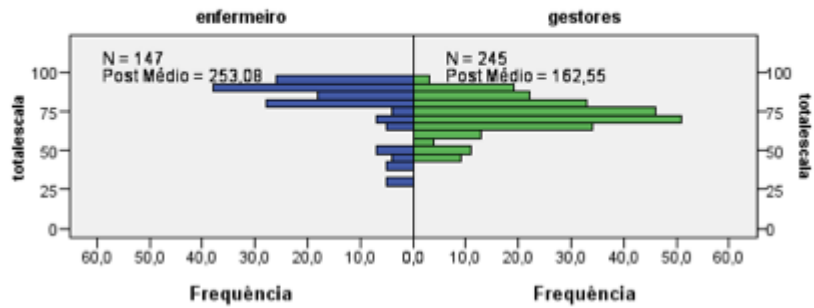
Quadro 6 - Distribuição entre as dimensões da escala e o ser enfermeiro dos cuidados ou enfermeiro gestor

	Pergunta de Investigação	Sig.
1	A distribuição do total da satisfação do utente é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	,000
2	A distribuição do total da promoção da saúde é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	,000
3	A distribuição do total da prevenção de complicações é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	,000
4	A distribuição do total do bem-estar e o autocuidado é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	,000
5	A distribuição do total da readaptação funcional é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	,000
6	A distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	,073
7	A distribuição da escala total é a mesma para as categorias de enfermeiro dos cuidados e dos Enfermeiros gestores	,000

Na observação do quadro 6, é perceptível que, apenas na dimensão da organização dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros gestores e os enfermeiros dos cuidados tendem para o mesmo resultado de resposta, retendo a hipótese nula, contrariamente ao que se verifica em todas as

outras dimensões, na qual se rejeitam as hipóteses nulas. Revela assim que os enfermeiros gestores e os enfermeiros dos cuidados apresentam distribuições diferentes para as dimensões do total da satisfação, total da promoção, do total da prevenção de complicações, total do bem-estar, total da readaptação funcional e total da escala.

Gráfico 10 - Distribuição entre o total da escala e o ser enfermeiro gestor ou enfermeiro dos cuidados



Observando o gráfico nº10, é perceptível que a distribuição do total da escala é diferente para o ser ser enfermeiro gestor ou enfermeiro dos cuidados. Ou seja, a distribuição da escala total não é a mesma para as categorias de enfermeiro dos cuidados e dos enfermeiros gestores. Pode-se verificar também que a média é superior para os enfermeiros dos cuidados (253,08) em comparação com os enfermeiros gestores (162,55).

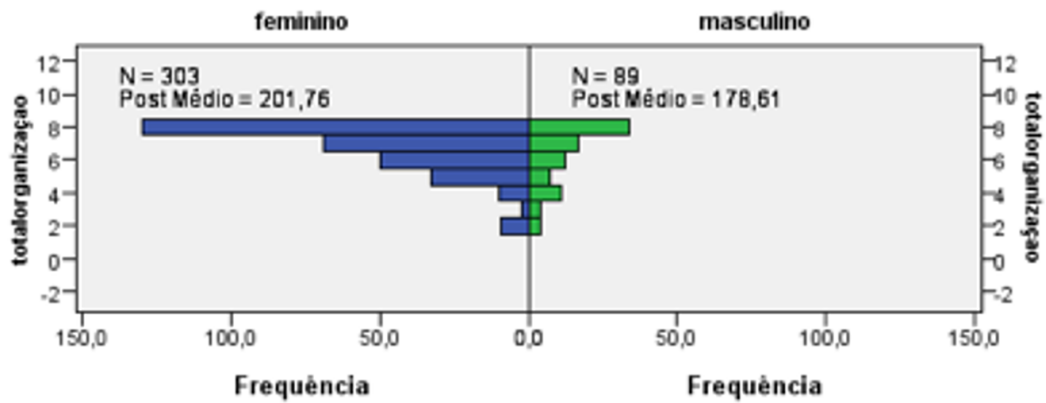
No quadro nº7, analisamos a distribuição entre o total das dimensões da escala e o sexo, utilizando o mesmo teste (Mann-Witney para amostras independentes) onde se verifica que mais uma vez apenas na dimensão da organização não há diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino dos enfermeiros.

Quadro 7 - Distribuição entre as dimensões da escala e o sexo

	Pergunta de Investigação	Sig.
1	A distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para as categorias de sexo	0,076
2	A distribuição do total da readaptação funcional é a mesma para as categorias de sexo	0,000
3	A distribuição do total do bem-estar e o autocuidado é a mesma para as categorias de enfermeiro gestor e enfermeiro dos cuidados	0,000
4	A distribuição do total da prevenção de complicações é a mesma para as categorias de sexo	0,000
5	A distribuição do total da promoção da saúde é a mesma para as categorias de sexo	0,000
6	A distribuição do total da satisfação do utente é a mesma para as categorias de sexo	0,000
7	A distribuição do total da escala é a mesma entre as categorias de sexo	0,000

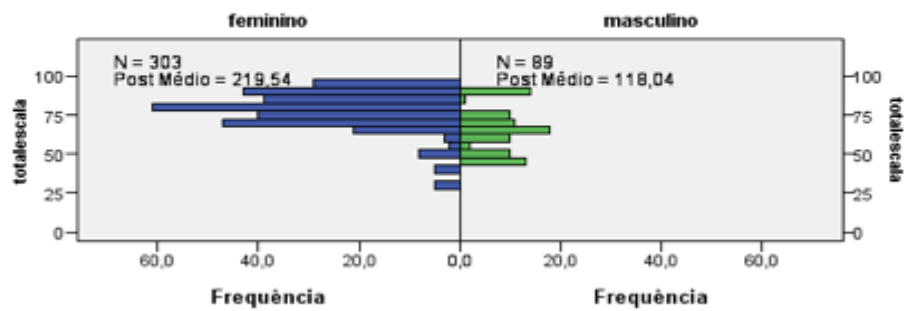
Na observação do quadro 7, é perceptível que na dimensão da organização dos cuidados de enfermagem a distribuição é a mesma para as categorias de sexo (feminino/masculino), contrariamente ao que se verifica em todas as outras dimensões nas quais a distribuição não é a mesma para o sexo feminino e para o sexo masculino. Da mesma forma, em relação ao total da escala verificam-se diferenças entre a distribuição da escala total e as categorias de sexo.

Gráfico 11 - Distribuição entre o total da organização dos cuidados e o sexo



Pela observação gráfica (gráfico nº11), verificamos que a distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para o sexo feminino e para o sexo masculino.

Gráfico 12 - Distribuição entre o total da escala e o sexo



Na distribuição entre o total da escala e o sexo verificamos que há diferenças rejeitando -se assim a hipótese de que a distribuição do total da escala é a mesma entre as categorias de sexo.

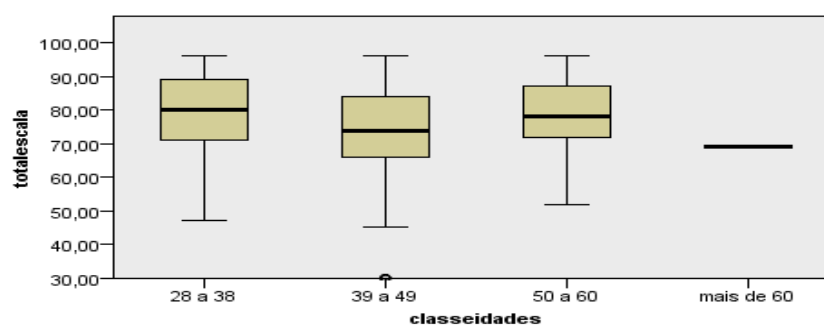
Para a análise entre as dimensões da escala e a classe de idades, recorreremos ao teste Kruskal-Wallis para amostras independentes. Através da observação gráfica, verificamos que há diferenças significativas entre a dimensão do bem-estar e autocuidado e a classe de idades, assim como verificamos diferenças significativas entre o total da escala e a classe de idades dos enfermeiros.

Quadro 8 - Distribuição entre as dimensões da escala e as classes de idade

	Pergunta de Investigação	Sig.
1	A distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para as categorias das classes de idade	0,342
2	A distribuição do total da readaptação funcional é a mesma para as categorias das classes de idade	0,191
3	A distribuição do total do bem-estar e o autocuidado é a mesma para as categorias das classes de idade	0,001
4	A distribuição do total da prevenção de complicações é a mesma para as categorias classes de idade	0,200
5	A distribuição do total da promoção da saúde é a mesma para as categorias das classes de idade	0,070
6	A distribuição do total da satisfação do utente é a mesma para as categorias das classes de idade	0,453
7	A distribuição do total da escala é a mesma para as categorias das classes de idade	0,013

No caso da distribuição do total do bem-estar e a classe de idades, verificamos que a significância é de 0,001 e, para a distribuição entre o total da escala e a classe de idades, a significância é de 0,013 (gráfico nº12 e gráfico nº13).

Gráfico 13 - Distribuição entre o total do bem-estar e autocuidado e a classe de idades



No gráfico 13, verificamos que há diferenças entre a classe de idades e o total da dimensão bem-estar e autocuidado, verificando-se uma maior dispersão para os intervalos dos 39 a 49 anos e dos 50 a 60 anos.

Foi visível a Distribuição entre o total da escala e a classe de idade e, no gráfico 13, verificamos uma média do total da escala superior para o intervalo dos 28 aos 38 anos.

No entanto não se verificam diferenças significativas para as restantes dimensões relativamente às classes de idades.

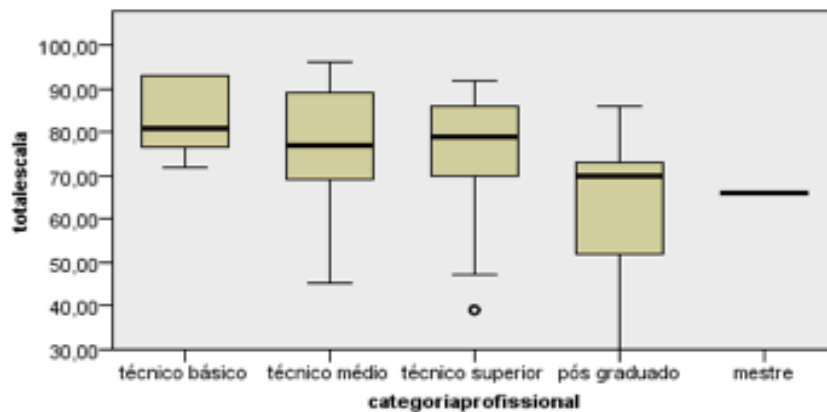
Para a análise entre as dimensões da escala e as categorias profissionais. também recorreremos ao teste Kruskal-Wallis para amostras independentes, tendo-se verificado que há diferenças significativas em todas as dimensões da escala e as categorias profissionais (quadro 9), assim como entre o total da escala e as categorias profissionais, o que revela que a percepção da qualidade varia de acordo com a categoria profissional.

Quadro 9 - Distribuição entre as dimensões da escala e a categoria profissional dos enfermeiros

	Pergunta de Investigação	Sig.
1	A distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para as categorias profissionais	0,001
2	A distribuição do total da readaptação funcional é a mesma para as categorias profissionais	0,000
3	A distribuição do total do bem-estar e o autocuidado é a mesma para as categorias profissionais	0,000
4	A distribuição do total da prevenção de complicações é a mesma para as categorias profissionais	0,001
5	A distribuição do total da promoção da saúde é a mesma para as categorias profissionais	0,000
6	A distribuição do total da satisfação do utente é a mesma para as categorias profissionais	0,000
7	A distribuição da escala total é a mesma para as categorias profissionais	0,000

Pela observação do quadro 9 verificamos que em todas as dimensões da escala existem diferenças significativas entre as categorias profissionais.

Gráfico 14- Distribuição entre o total da escala e autocuidado e a categoria profissional



Na distribuição entre o total da escala e a categoria profissional, verificamos que, com o aumento de grau de formação se observa uma diminuição de valores na escala.

Para a análise entre as dimensões da escala e o cargo que ocupa, continuamos a recorrer ao teste Kruskal-Wallis para amostras independentes, tendo-se verificado que apenas não há diferenças significativas entre o total da organização dos cuidados de enfermagem e o cargo que ocupa, como podemos observar no quadro nº10 e no gráfico nº13.

Quadro 10 - Distribuição entre as dimensões da escala e o cargo que os enfermeiros ocupam

	Pergunta de Investigação	Sig.
1	A distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,064
2	A distribuição do total da readaptação funcional é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,000
3	A distribuição do total do bem-estar e o autocuidado é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,000
4	A distribuição do total da prevenção de complicações é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,001
5	A distribuição do total da promoção da saúde é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,000
6	A distribuição do total da satisfação do utente é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,000
7	A distribuição da escala total é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam	0,000

Em relação ao quadro 10 verificamos que apenas na dimensão da organização dos cuidados a distribuição é a mesma para o cargo que os enfermeiros ocupam. Para todas as demais dimensões há diferenças significativas.

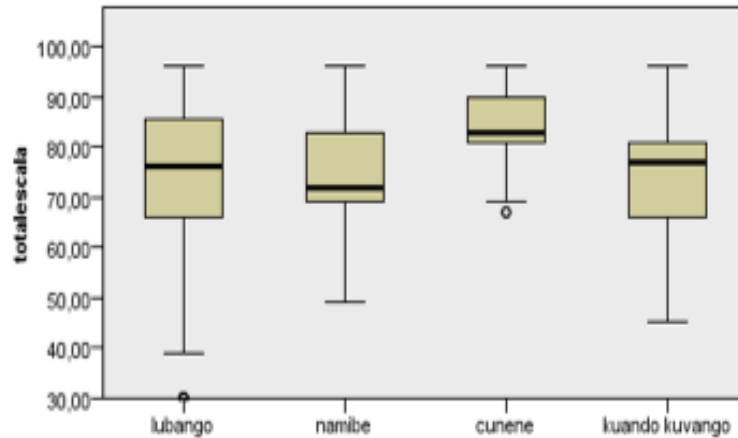
Por último, apresentamos a associação entre as dimensões da escala e os hospitais das diferentes províncias. Para tal, recorremos ao teste não paramétrico para amostras independentes Kruskal-Wallis, verificando que apenas na dimensão da promoção da saúde não há diferenças significativas entre os hospitais das diferentes províncias (quadro nº11 e gráfico nº15).

Quadro 11 - Distribuição entre as dimensões da escala e os hospitais das diferentes províncias

	Pergunta de Investigação	Sig.
1	A distribuição do total da organização dos cuidados de enfermagem é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,000
2	A distribuição do total da readaptação funcional é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,000
3	A distribuição do total do bem-estar e o autocuidado é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,000
4	A distribuição do total da prevenção de complicações é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,00
5	A distribuição do total da promoção da saúde é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,113
6	A distribuição do total da satisfação do utente é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,000
7	A distribuição da escala total é a mesma para os hospitais das diferentes províncias	0,000

A distribuição dos resultados das dimensões e do total da escala não é a mesma para os hospitais das diferentes províncias, à exceção da dimensão da promoção da saúde, na qual não se verificam diferenças significativas o que revela que os enfermeiros dos diversos hospitais têm percepções diferentes sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Gráfico 15 - Distribuição entre o total da escala e os diferentes hospitais



Na análise da distribuição do total da escala e da perceção dos enfermeiros dos diferentes hospitais, verificamos que, a melhor avaliação é efetuada pelos enfermeiros do Cunene e a pior recai nos enfermeiros do Lubango.

Em síntese, pode dizer-se que a dimensão da organização dos cuidados de enfermagem e a dimensão da promoção da saúde são as que menos diferenças significativas apresentam nas distribuições realizadas.

Relativamente às variáveis sócio demográficas, verificamos que especificamente a classe de idades, o sexo, cargo que ocupa e a categoria profissional alteram a perspectiva dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que a opinião dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados também é influenciada pelo hospital onde desempenham funções.

PARTE IV - DO OLHAR DOS ENFERMEIROS DE ANGOLA À EVIDÊNCIA SOBRE A QUALIDADE

Terminada a apresentação dos resultados, passamos agora à interpretação e discussão dos mesmos, no sentido de analisar as evidências científicas.

Na sequência da análise das variáveis sócio demográficas, verificamos que a maioria dos profissionais de enfermagem que participaram no estudo era do género feminino (77,3%). Estes resultados vem corroborar os resultados de Ribeiro, *et.al*, (2017) e aproximam-se muito dos resultados de Ylmaz, *et.al*. (2018) e, vão de encontro também ao facto de a maioria da população angolana ser do sexo feminino, sendo que os resultados do Recenseamento Geral da População e da habitação de Angola 2014 e as respetivas projeções elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística de Angola que aponta para um total de 52,7% da população Angolana do sexo feminino. Da mesma forma e, de acordo com os dados da ORDENFA de 2018, dos profissionais de enfermagem associados à ordem, isto porque ainda existem profissionais das várias categorias da carreira de enfermagem que não estão associados, 81,2% são do sexo feminino e apenas 18,8% são do sexo masculino. De forma similar, em Portugal, também há uma predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem. Dados da OE de 2018 revelam que 82,2% dos enfermeiros são mulheres e apenas 17,8% são homens, dados muito próximos aos de Angola.

Durante muito tempo, a profissão de enfermagem foi associada ao sexo feminino, pois, como refere Lima (1993), a presença feminina nas práticas de enfermagem é muito antiga, consequência de ensinamentos que eram passados de geração em geração de amor ao próximo e de caridade.

Quando associado o sexo e ser gestor, verificamos que numa amostra em que o sexo feminino é predominante (77,3%), aspeto que se justifica pela questão da enfermagem em termos históricos se confundir com o feminino como anteriormente foi referido, e, embora as mulheres tenham conquistado cada vez mais efetiva o mercado de trabalho, no que refere a cargos de gestão a percentagem de enfermeiros homens é superior, o que evidencia que as mulheres exercem menos cargos de gestão em relação aos homens. Como verificamos nos resultados, do total dos enfermeiros 84,3% têm cargos de gestão e do total das enfermeiras 56,1% possuem cargo de gestão, contrariamente ao que é previsto pela Lei n.º62/2017 de 1 de agosto que prevê um regime de representação equilibrada entre mulheres e homens nos órgãos de administração e fiscalização das entidades do setor público empresarial e das empresas.

O estudo realizado por Amâncio (1992) sobre o conceito de estereótipo masculino e de estereótipo feminino permitiu concluir que o estereótipo masculino continua mais associado ao ideal de adulto, condicionando assim a presença feminina em cargos de liderança.

Os resultados desta investigação estão de acordo com o plano para a igualdade de género do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E (CHTMAD) que, no que concerne à

composição dos cargos de direção, chefia e coordenação, constata a predominância do género feminino nos grupos profissionais dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermagem e serviços de apoio à gestão/centros de gestão, ao passo que, relativamente ao género masculino, se verifica a sua maior representatividade na composição do conselho de administração (100%) e nos serviços clínicos. Nesta mesma instituição, também verificamos um número superior de mulheres enfermeiras em relação aos homens. Os nossos resultados, à semelhança destes, também apresentam assimetria de oportunidades para cargos de gestão entre homens e mulheres.

O desenvolvimento de competências para a atuação no âmbito da gestão em saúde pelo enfermeiro tem uma grande valorização, pelo fato do mercado de trabalho se apresentar cada vez mais competitivo. Efetivamente, a maioria da amostra de profissionais de enfermagem (62,3%) exerce cargo na área de gestão, porém, dos enfermeiros com cargo de gestão, apenas (8,2%) tem especialidade não sendo, contudo, nenhuma das especialidades associada à área da gestão, o que demonstra, contrariamente ao que é referido em Araújo, *et. al*, (2014) , que as organizações buscam qualificação, capacidade e desempenho profissional. Assim, estes resultados revelam que há uma acomodação por parte dos profissionais de enfermagem na procura de um desenvolvimento pessoal e técnico.

Em relação à idade os enfermeiros, nos intervalos mais jovens os dados são similares aos da realidade portuguesa, a exceção ocorre em idades superiores a 60 anos. Na amostra em estudo, a representatividade é de apenas 0,5%, ao passo que quando comparamos com os dados da OE , em Portugal a percentagem de enfermeiros com mais de 60 anos é de 6,5%. Este aspecto está intimamente ligado ao facto de a esperança média de vida em Angola ser de 61 anos, PNUD (2019) e OE (2018).

Percebemos também que o intervalo de idades influencia o desempenho de cargos de gestão nesta amostra, visto que o intervalo com maior percentagem é entre os 39 e os 49 anos (32,7%) e em idades superiores a 60 anos a representatividade é extremamente reduzida. Estes dados corroboram com Freitas, (2018).

Em relação ao exercício profissional e tendo em vista a carreira de enfermagem Angolana, os dados são efetivamente positivos no sentido em que um número significativo dos profissionais de enfermagem são licenciados (45,4%) e apenas 3% são técnicos básicos, contrariamente ao que acontece por exemplo em Moçambique, onde a carreira de enfermagem é similar, mas onde os profissionais com nível superior rondam os 9,6%, Instituto Nacional de Estatística Moçambique (2015). Já em Portugal, apenas 17,9% tem um grau inferior a Licenciatura (bacharelato ou outro) OE (2019).

De salientar que, para os enfermeiros gestores, não verificamos nenhum caso de formação de técnico básico, ao contrário do que se passa ao nível dos técnicos médios (21,4%). O regulamento do perfil do enfermeiro gestor atribui a este, para além das competências adquiridas previamente na sua formação e experiência, competências do domínio da gestão e da assessoria. Assim, é necessário que, efetivamente, cada vez mais, se possibilite a formação dos enfermeiros e que a atribuição de lugares de gestão esteja intimamente relacionada com as suas competências.

As competências devem assim ser desenvolvidas através de uma formação consistente e direcionada para o campo de ação. Neste sentido, em Angola, ainda há um longo caminho a percorrer, vejamos que, dos enfermeiros gestores, apenas 8% têm especialidade, não sendo em nenhum dos casos na área da gestão e nem estão em formação pois apenas 5,4% refere estar a estudar no atual momento. A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, não sendo de todo possível atribuir apenas aos enfermeiros a responsabilidade em obter qualidade em saúde, embora devido ao seu fundamental papel e ao seu elevado número dentro das instituições, a sua atuação condicione de forma clara a qualidade em saúde. Em Portugal, por exemplo, verificamos que 556 (0,9%) do universo total dos enfermeiros têm competências acrescidas em Gestão e 32% são enfermeiros especialistas, OE (2019). Compreendemos que as realidades, no momento, são díspares no sentido em que Angola ainda é um país em crescimento e que apresenta particularidades que precisam de ser ajustadas às necessidades atuais.

O MINSA (2018) refere estar a envidar esforços para alcançar a cobertura universal e a construção de um sistema do serviço nacional de saúde, assente nos princípios orientadores da eficiência, equidade e eficácia, de forma a proporcionar acesso a qualidade, procura e resiliência na prestação dos serviços de saúde, da mesma forma que pretende investir em mais profissionais de saúde, no sentido de oferecer recursos humanos e materiais de qualidade à população.

Em relação a um dos nossos objetivos de estudo, que pretendia verificar se existem fatores que influenciam a percepção da qualidade dos cuidados, verificamos que as variáveis sócio demográficas influenciam a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem dos enfermeiros gestores e dos enfermeiros dos cuidados pois, como refere Tavares e Nunes (2007), a percepção está relacionada com o grau de conhecimento e compreensão e é influenciada por variáveis como a idade, sexo, nível sócio económico e cultura.

Em relação ao sexo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros do sexo feminino e os enfermeiros do sexo masculino e o total da escala. Neste estudo, enfermeiros do sexo feminino têm pontuação superior no total da escala em comparação com os enfermeiros do sexo masculino.

Analisando agora a segunda parte do questionário que tem por base os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros de Portugal verificamos que, quanto ao Padrão da Qualidade, a **satisfação**

dos utentes e, com base nos resultados da investigação, os enfermeiros dizem que sempre (43,9%) demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente nos cuidados que prestam e sempre (40,1%) procuram constantemente empatia nas interações com o utente e família, porém os enfermeiros nunca (16,3%) ou poucas vezes (18,1%) envolvem os familiares significativos do utente no processo dos cuidados, este resultados não corroboram com Cabral (2015), nem com Ribeiro, Martins e Tronchin (2017).

Na realidade Angolana, os enfermeiros ainda têm alguma dificuldade em envolver os familiares significativos no processo dos cuidados, visto que ainda se mantêm cuidados de enfermagem centrados no indivíduo e alicerçados por um modelo biomédico. Assim, é fundamental uma abordagem sistémica dos cuidados, entendendo o impacto da saúde e da doença, pois em qualquer contexto da prática dos cuidados, os enfermeiros atendem famílias e o resultado da qualidade dos cuidados será influenciada pela capacidade do enfermeiro incluir a família no processo dos cuidados (Fernandes, *et.al*, 2015).

É urgente a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo em vista a promoção e a manutenção da saúde familiar (Pires, 2016). Pois, como verificamos nos resultados, as intervenções da dimensão da **Promoção da Saúde** como “os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do utente / dos recursos do utente/família e comunidade”, “Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis”, “Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitivas e de novas capacidades pelo utente” **nunca** ou **poucas vezes** são realizadas, o que coloca a promoção da saúde em risco. A promoção da saúde é discutida desde a I conferência internacional sobre cuidados primários em saúde, em Alma-Ata de 1978, no Cazaquistão e foi reforçada na I conferência sobre promoção da saúde, em Ottawa, no Canadá em 1986. Assim, compreende-se a promoção da saúde como proposta de “empoderamento” das pessoas, famílias e comunidades, que permita sua plena e efetiva participação na discussão e elaboração das políticas públicas, as quais colaboram para a melhoria da qualidade de vida, (Bezerra *et al.*, 2013). No que refere aos resultados dos enfermeiros em relação à promoção da saúde, é visível mais uma vez que o foco da atenção do enfermeiro é mais o utente do que a família e/ou comunidade, pois 11,7% dos enfermeiros nunca e 23% dos enfermeiros poucas vezes identificam as situações de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade. Por outro lado, os enfermeiros sempre (44,1%) aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis e sempre (37,2%) fornecem informação geradora de aprendizagens cognitivas e de novas capacidades pelo utente.

A **prevenção de complicações** é também um dos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros em Portugal. Em relação à prevenção de complicações, 17,9 por cento dos enfermeiros nunca prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de

complicações dados que não vão de encontro aos resultados de Freire *et. al.*, (2016) no seu estudo onde se observa que a frequência do «nunca prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações» foi de apenas 4,4%. Podemos justificar estes valores mais uma vez com o modelo de cuidados utilizado em Angola onde a prevenção é ainda negligenciada em prol de um modelo biomédico. Ainda na prevenção de complicações verificamos que 59,9% dos enfermeiros sempre demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

Já na dimensão do **bem-estar e autocuidado**, de acordo com a análise dos resultados da amostra, 18,1% dos enfermeiros nunca prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes. As intervenções dos enfermeiros podem ser autónomas e interdependentes e, neste sentido, podemos assim dizer que os enfermeiros demonstram pouca autonomia no seu exercício profissional. Já no que concerne ao primeiro e ao último item da dimensão do bem-estar e autocuidado, 56,1% dos enfermeiros dizem que sempre demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam e 48,7% sempre identificam os problemas do utente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida. Os resultados corroboram os princípios da enfermagem na perspectiva em que, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos utentes. O enfermeiro identifica os problemas, relativamente aos quais tem conhecimento e está capaz de prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar (Conselho de Enfermagem, 2017)

À exceção destes dois itens, o primeiro item que prevê que os enfermeiros identificam os problemas do utente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades e o último que refere que os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e delegam, todos os outros apresentam frequências relativas próximas dos 40%, dados que se aproximam dos resultados obtidos por Ribeiro, Martins e Tronchin (2017) no seu estudo.

Já na dimensão da **readaptação funcional**, os resultados em todos os itens são superiores aos obtidos por Ribeiro, Martins e Tronchin (2017), assim os enfermeiros sempre (63%) dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, sempre (54,3%) planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade, sempre (54,6%) otimizam as capacidades do utente e familiares para gerir o regime terapêutico prescrito e sempre (43,4%) ensinam, instruem e treinam o utente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. Neste último item, os valores são inferiores aos restantes, facto que poderá estar relacionado com a não existência de especializações por parte dos profissionais de enfermagem.

De salientar, assim, a necessidade de investimento em formação contínua e em especialização, de forma a atuar nos vários contextos com enfermeiros mais bem preparados para as necessidades específicas. O investimento em sistemas de informação de enfermagem, que permitam a continuidade dos cuidados pois a continuidade dos cuidados é um direito do utente, é um indicador da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a satisfação do utente e dos profissionais de saúde. Para garantir a qualidade dos cuidados é fundamental que toda a informação seja registrada durante a prestação de cuidados e que seja acessível a todos: utentes e profissionais de saúde em tempo e em qualidade adequada (Potter e Perry, 2006)

Em relação à **organização dos cuidados de enfermagem**, a maioria dos enfermeiros refere que sempre (58,4%) domina o sistema de registo de enfermagem e que sempre (52,8%) conhece as políticas do hospital.

Na enfermagem, os sistemas de informação têm como objetivo um acesso fácil a informação relevante, a padronização de registos e a continuidade dos cuidados.

Segundo Silva (2006), *citado por* Silvestre (2012), no modelo tradicional os enfermeiros poucas vantagens extraem da informação processada nos registos de enfermagem, ou seja, não retiram conhecimento da experiência documentada e o tempo despendido é visto como um tempo malgasto.

A partir da introdução de uma linguagem comum, a CIPE, foi possível o desenvolvimento de modelo de SIE que se centra na área das intervenções de enfermagem “iniciadas pela tomada de decisão do enfermeiro e que permite introduzir dados relativos à apreciação inicial a partir do modelo parametrizado nas unidades de cuidados, permitindo inserir os diagnósticos de enfermagem identificados e definir o foco envolvido e o status do diagnóstico (utilizando os conteúdos parametrizados e/ou adicionando texto livre, prescrevendo as intervenções de enfermagem). Porém, em Angola, para além dos esforços envidados para a execução do Processo de Enfermagem baseado na NANDA, este ainda está em processo de construção devido ao facto de, em termos de formação profissional, haver três categorias e, apenas nos licenciados, é abordado a nível académico. Não quer isto dizer que não são feitos registos, porém o uso de uma linguagem transversal e comum a todos os profissionais ainda está aquém do desejável, para além de poder comprometer a continuidade dos cuidados e a qualidade dos mesmos. Por este motivo, verificamos ser esta uma das dimensões em que os resultados revelam que, na perspectiva dos enfermeiros, estes dominam o sistema de registos de enfermagem e conhecem as políticas do hospital, podendo isto estar relacionado com a forma simples como os registos são feitos, e pelo desconhecimento de outras realidades, remetendo-nos assim para o conceito de percepção da qualidade no contexto da cultura e de um sistema de valores nos quais estes enfermeiros vivem, o qual condiciona a avaliação, neste caso de uma forma positiva. Recorrendo à etimologia do termo qualidade, que deriva de “qualis” que significa o modo de ser

característico de alguma coisa, podendo assumir características positivas, assim como negativas, Santin (2002).

Podemos também referir que a Implementação Integrada de Informação de Saúde, incluindo uma rede de comunicação, a fim de assegurar o fluxo de informação de rotina do sistema nacional de saúde é um objetivo traçado pela OMS (2016) para Angola. Este aspecto poderá melhorar ainda mais, no que tange também à continuidade no processo de prestação de cuidados de enfermagem, que como verificamos anteriormente, em 63% dos casos sempre é realizado.

De uma forma geral, a maioria dos enfermeiros concretiza *às vezes* ou *sempre* as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. As atividades mais frequentemente realizadas estão relacionadas com as dimensões da Prevenção de Complicações, Readaptação funcional e Organização dos Cuidados de Enfermagem e, as dimensões que os enfermeiros percebem como menos executadas são a Satisfação do utente, a Promoção da saúde e o Bem-estar e o autocuidado. Estes resultados corroboram também com os resultados de Ribeiro, Martins e Tronchin (2017) no seu estudo.

A qualidade constitui-se como um aspeto em permanente mutação e construção, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças no meio envolvente (Lopes & Capricho, 2007). Desta forma podemos em alguns dos resultados retratar um cenário mais positivo ou mais negativo que está intimamente ligado a este aspecto, porém acreditamos que existem valores universais e que devem ser oferecidos a todas as pessoas independentemente do local geográfico onde se encontrem e que cabe às Instituições a preocupação com a qualidade dos cuidados que são oferecidos e a necessidade de uma avaliação contínua da qualidade dos cuidados assim como da satisfação do utente. Atualmente, para o enfermeiro não basta apenas prestar cuidados, é necessário que estes cuidados sejam de qualidade e que estejam de acordo com as expectativas de quem os recebe.

Para a monitorização e promoção da qualidade, Donabedian (2003) propõe que na abordagem a utilizar se considerem três aspetos: estrutura, processos e resultados. Por estrutura entende-se como as condições sob as quais os cuidados e serviços são disponibilizados - equipamentos e materiais, recursos humanos, características organizacionais; por processo entende-se as atividades que representam os cuidados prestados; e os resultados referem-se às mudanças operadas no estado de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades atribuídas aos cuidados. Assim a quarta e última parte do questionário visava especificamente verificar estes aspetos. Na perspectiva dos enfermeiros os indicadores de processo são aqueles que se revelam mais fundamentais para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nos resultados da pesquisa evidenciamos que os recursos materiais e os recursos humanos são fundamentais na perspectiva dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados. Visto que, 75,3% dos enfermeiros assinala os recursos humanos como determinante no resultado da qualidade dos

cuidados de enfermagem e, 71,2% assinalam os recursos materiais como determinantes no resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem. Verificamos também, diferenças entre a opinião dos enfermeiros gestores e os enfermeiros dos cuidados no que tange aos fatores que podem interferir na qualidade dos cuidados de enfermagem. Sendo que na perspectiva dos enfermeiros dos cuidados a formação profissional surge com maior frequência (27,55%) em contrapartida, para os enfermeiros gestores, a frequência maior (54,85%) recai nos recursos humanos. Para o enfermeiro gestor é fundamental uma gestão eficiente dos seus recursos humanos para o sucesso do seu serviço/hospital. Pois como refere Tari e Sabater, (2006), a estratégia baseada na qualidade pode contribuir para melhorar a diferenciação e reduzir custos, representando os recursos humanos um papel decisivo na implementação e na concretização de todo o processo. Os recursos humanos foram assim o principal aspecto valorizado especialmente gestores deste estudo para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Numa perspectiva geral dos enfermeiros referem que a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço (62,8%) e/ou hospital (65,3%) é adequada. Verificamos apenas diferenças de intensidade nas percentagens entre enfermeiros gestores e enfermeiros dos cuidados no que refere à qualidade dos cuidados de enfermagem dos serviços e a qualidade dos cuidados do hospital. Sendo para os enfermeiros dos cuidados superior a percentagem para a qualidade dos cuidados de enfermagem no serviço e, para os enfermeiros gestores a percentagem é superior para a qualidade dos cuidados de enfermagem do hospital. Isto é justificável no sentido de que o enfermeiro gestor tem competências acrescidas e uma visão mais ampla sobre a organização, pois como é referido em *Diário da República, 2.ª série - N.º 48 - 10 de março de 2015 Artigo 3 alínea B*:

“o Enfermeiro Gestor é o enfermeiro que “detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (...) sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, (...)”

Em Angola, a carreira profissional de enfermagem não prevê ainda o enfermeiro gestor e as especialidades associadas aos profissionais de enfermagem licenciados ainda são reduzidas nas diversas áreas de especialização, podendo ser estas mais frequentes em profissionais de nível médio. Pois como podemos constatar pelos resultados, apenas 12% da enfermeiros nesta investigação têm especialidade. As especializações têm como objetivo desenvolver competências direcionadas para uma área específica de intervenção, tornando os enfermeiros mais atos para a prática dos cuidados especializados, Silva *et, al.*, (2018).

De uma forma geral, a qualificação dos enfermeiros em Angola ainda está no início, mas, é urgente, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, quer seja, em quantidade

assim como, em qualidade. Apesar de se ter começado a implementar a municipalização dos serviços de saúde com a liderança ativa dos Governadores e das Equipas municipais registrando-se um aumento significativo dos postos e centros de saúde reabilitados e com enfermeiros em todos os serviços, ainda há muito para se fazer num país onde o Relatório de Desenvolvimento Humano mostra que o IDH de Angola é de 0,574, o que coloca o país na categoria de desenvolvimento humano médio, onde a mortalidade infantil é uma das mais elevadas a nível mundial e onde o acesso a saneamento básico é na maioria dos casos uma miragem e, cerca de 36% da população vive abaixo da linha de pobreza. Há uma necessidade extrema de se investir na promoção da saúde e implementar programas vocacionados para as populações rurais especialmente, aumentar a quantidade de enfermeiros e melhorar a qualidade da sua formação no sentido de garantir um direito previsto pela Constituição que é o direito à Saúde. É necessário diversificar a economia, Angola tem, ainda, uma estrutura econômica pouco diversificada, concentrada nas atividades petrolíferas, é necessário pensar para além do petróleo e, procurar recursos mais estáveis no sentido de garantir a oportunidade de melhorar o desempenho do sistema de saúde e a melhoria da saúde da população deste país (PNUD,2019).

De um modo global a maioria dos enfermeiros concretiza às vezes ou sempre as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. As atividades mais frequentemente realizadas estão relacionadas com a dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem, contrariamente ao verificado no estudo de Martins *et al.*, (2017). No entanto a dimensão da promoção da saúde é uma das que os enfermeiros percebem como menos executadas corroborando esta com os resultados de Martins *et al.*, (2017).

Em relação à pontuação da escala obtivemos um mínimo de pontuação de 30 e um máximo de pontuação de 96, com uma média de 75,18 e desvio padrão 14,25 sendo que a maioria dos enfermeiros percebem a qualidade dos cuidados de enfermagem como boa. Da mesma forma, no concernente à avaliação da qualidade do serviço e do hospital a maioria dos enfermeiros percebem-na como adequada. De um modo geral, tendo como referência os estudos de Martins *et al.* (2016) e Ribeiro *et al.* (2017), os resultados foram bastante satisfatórios em relação ao nível de concretização das intervenções de enfermagem (definidas de acordo com os padrões de qualidade), com relevo nas dimensões, prevenção de complicações e readaptação funcional.

Em síntese, mesmo tendo como contexto uma realidade diferente os resultados do nosso estudo contribuem para mostrar a percepção dos enfermeiros angolanos sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem e demonstra que os resultados vão de encontro a outros estudos já realizados.

CONCLUSÃO

A qualidade é sem dúvida um distintivo indispensável na prestação dos cuidados de enfermagem e cada vez mais uma preocupação dos profissionais de saúde e das organizações.

Este estudo permitiu analisar a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros gestores e na perspectiva dos enfermeiros dos cuidados, podendo concluir-se com base nos resultados que a percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem difere entre enfermeiros dos cuidados e enfermeiros gestores, tendo-se verificado que, na perspectiva dos enfermeiros dos cuidados a avaliação dos mesmos é maioritariamente boa, ao passo que para os enfermeiros gestores ela é próxima para as avaliações de boa e razoável, no entanto a percentagem de enfermeiros dos cuidados que avaliam a qualidade dos cuidados como má é superior à dos enfermeiros gestores. No que concerne ao sexo há diferenças significativas entre a distribuição do total da escala e o sexo feminino e masculino, sendo a média do total da escala superior para o sexo masculino. Em relação às províncias, foi possível constatar que a província da Huíla é a única na qual os enfermeiros dos cuidados percebem a qualidade dos cuidados de enfermagem como má, mesmo que com uma frequência reduzida e, nos enfermeiros gestores o fenómeno repete-se para as províncias da Huíla e Cuando-Kuvango.

Podemos concluir também, que os cargos de gestão estão ainda, e contrariamente ao que é previsto por lei de uma distribuição equilibrada de homens e mulheres em cargos de direção ou chefia, associados ao sexo masculino. Relativamente aos fatores que interferem na qualidade dos cuidados, os recursos humanos e a formação profissional são os mais relevantes na perspectiva dos enfermeiros gestores e enfermeiros dos cuidados, respetivamente.

Os resultados obtidos com a aplicação da Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade da assistência de enfermagem revelam que na maioria dos casos os enfermeiros angolanos realizam às vezes ou sempre as atividades que conduzem à excelência dos cuidados de enfermagem. Como resultado dessa análise, deve-se observar que as atividades mais frequentemente realizadas estão relacionadas com as dimensões de Readaptação Funcional e Organização dos Cuidados de Enfermagem e Prevenção de Complicações, por outro lado, as dimensões que os enfermeiros percebem como menos executadas são a Satisfação do utente, a Promoção da saúde e o Bem-estar e o Autocuidado. Acreditamos que estudos qualitativos devam ser realizados com o intuito de se identificar os aspetos que podem conduzir a estes resultados, especialmente entender o que poderá estar na base daquelas intervenções que são menos realizadas.

A aplicação da Escala da Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados (EPAECQC) de Martins e Gonçalves (2013) em contexto Angolano,

demonstrou um alto valor de consistência interna o que demonstra que a escala atende aos critérios de validade psicométrica.

Angola, tem ainda uma viagem curta em termos de paz e consolidação nacional, mas a Enfermagem registou, no decurso dos últimos anos, uma grande evolução, quer no que concerne à formação, assim como ao seu reconhecimento e, respeito pelas suas competências junto de outros profissionais, especialmente os da área da saúde. Sendo fundamental uma aposta sistemática nestes profissionais de saúde no sentido de os mesmos assegurarem qualidade na prestação dos cuidados. Assim, a junção entre o cuidar e o gerir é um desafio para os enfermeiros angolanos. O desenvolvimento de competências para atuação no âmbito da gestão em saúde é fundamental devido ao aumento da competitividade no mercado de trabalho e na economia. Temos consciência de que as competências não são algo incorporado de uma só vez, mas que são construídas no dia-a-dia. Assim, cabe a cada profissional de enfermagem a procura constante pela aquisição de saberes baseados na melhor evidência científica e pautados pelo objetivo de atingir a excelência na qualidade dos cuidados de enfermagem.

De uma forma geral, uma das principais dificuldades na realização deste estudo esteve relacionada com a dispersão geográfica em Angola e, a dificuldade em atingir um número maior de enfermeiros, sendo que em muitos casos houve renitência na participação durante a recolha de dados desta investigação. Por outro lado, devido às debilidades nas tecnologias de informação em Angola, todos os contatos tiveram de ser presenciais, o que atrasou em larga escala o processo assim como, o tornou mais dispendioso.

Também acreditamos, que devido à opção da técnica de amostragem não probabilística acidental, podemos ter um entrave para a generalização dos resultados e, por outro lado, sentimos que poderá ter havido uma tendência em responder de forma à desejabilidade social, o que promove o fato de querermos resultados diferentes usando sempre as mesmas estratégias. Entendemos assim que, os resultados obtidos são fulcrais, porém o uso da técnica de amostragem não probabilística pode ter condicionado o perfil dos enfermeiros que participaram na investigação. Neste sentido, propõem-se para investigações futuras aplicação da EPAECQC em grande escala e utilizando técnica de amostragem probabilística.

Pensamos que os resultados obtidos contribuíram para o desenvolvimento da prática de enfermagem e que são um ponto de partida para se investir na investigação num país que ainda está a dar os primeiros passos nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Adami, N. (2000). A melhoria da qualidade dos serviços de enfermagem. Act Paulo São Paulo
- 2- Agostinho, F. (2011). Guerra em Angola: As heranças da luta de libertação e a guerra civil. Academia Militar. Lisboa
- 3- Alves, G. (2005). Marketing de Serviços para a Educação - Modelo de Percepção de Qualidade. Porto. Edições IPAM
- 4- Amâncio, L. (1992). As Assimetrias nas Representações do Género”. In Revista Crítica De Ciências Sociais, n. 34, pp. 9-20
- 5- AMESTOY, S. C. et al. (2008). As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 30, n. 4, p. 617-624, dez. 2008. Disponível <https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400006>.
- 6- Andres, C., Pereira, A. (2014). Concepções de Liderança dos Profissionais de Enfermagem no Contexto Hospitalar. [Online]. ESTUDO & DEBATE, Lajeado, v. 21, n. 1, p. 26-36, 2014. ISSN 1983-036X[Consult: 20 Set. 2020.]
- 7- Araújo, N., Miranda, T., Garcia, C. (2014). O estado da arte sobre a formação do enfermeiro para a gestão em saúde. Revista Enfermagem Contemporânea. Dez, 3 (2):165-180
- 8- Barbosa, L., Melo, M. (2008). Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev. Brasileira Enfermagem. [Online]. Maio Jun 2008. Vol.62, n.º2, pp 366-70. [Consult: 20 Agost 2020.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>.
- 9- Barbosa, A. (2011) .A Organização interna e a Governação dos Hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde-Secretaria Geral
- 10- Bezerra, F., Taziana, S., Lemos, M., Sousa, A.C., Carvalho, S.M.L., Fernandes, C.M.C., Alves, A.F. S. & Dalva, M. (2013). Promoção da Saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem, Revista Eletrônica Enfermaria Global, 32(270-279), 1695-8141. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf.
- 11- Biscaia, A. (2000). Qualidade em saúde: uma perspetiva conceptual. Qualidade em Saúde
- 12- Bonato, L. (2011). Gestão da qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.35, n.5, p.319-331,
- 13- Branco, R. (2008). O Movimento da Qualidade em Portugal. Grupo Editorial Vida Económico. Vida Económica
- 14- Cabral, T. (2015). A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste.Porto
- 15- Campenhoudt, L., Quivy, R. (2008): Manual de Investigação em Ciências Sociais, Lisboa, 2ª edição, Gradiva publicações L,^{da}
- 16- Castro, C. (2007). Percepção dos enfermeiros sobre os contributos do curso enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa. Universidade Aberta

Disponível

em:

https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/729/1/TMCS_Cid%3%a1liaCastro.pdf

- 17- Censo Nacional da população Angolana (2014). Censo 2014. disponível em: <http://censo.ine.gov.ao/xportal/xmain?xpid=censo2014>
- 18- Chiavenato, I. (2002). Teoria Geral da Administração. São Paulo. Makron Books
- 19- Chiavenato, I. (2009) Recursos Humanos: O capital Humano das Organizações. 9ª Edição. Brasil. Elsevier Editora
- 20- Conselho de enfermagem, (2017). Colheita para gasimetria. disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4798/ce_parecer66_2017_gasimetria.pdf
- 21- Costa, S. (2013). Passos para a Implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade numa Instituição de Ensino Superior. Tese de Mestrado em Gestão da Qualidade. Universidade Fernando Pessoa
- 22- Costa, T (2016). A Qualidade e a acreditação nos Cuidados de Saúde Primários. Relatório de Estágio de Mestrado em gestão. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- 23- Dale B., Cooper, C.(1995). Qualidade Total e Recursos Humanos. 1ª ed. Lisboa: Universidade Aberta
- 24- Decreto Lei n.º21-/B/92 de 28 de Agosto. *Diário da República nº34 - I Série*. Ministério da Saúde. Luanda
- 25- Decreto Lei n.º 111/2009. Diário da República 1.ª série-N.º180-16 de Setembro de 2009. Acedido em 20 de Maio de 2020. Disponível em <https://dre.pt/>
- 26- Decreto Lei n.º 62/2017. Diário da República. 1.ª série-N.º 112-9 de junho de 2017. Disponível em <https://dre.pt/>
- 27- Decreto Presidencial n.º 185/18 de 6 de Agosto. Diário da República nº116 - I Série. Ministério da Saúde. Luanda
- 28- Diário da República, 2.ª série – N.º 48 – 10 de março de 2015. disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/66693599/details/2/maximized?serie=II>
- 29- DONABEDIAN, A., (1990). The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519> consultado a 20 de Agosto de 2019
- 30- DONABEDIAN, A. (2003). An introduction to quality assurance in Health Care. Oxford: University Press
- 31- Fernandes, A. Lourenço, L. (2007). O Modelo de Auto-Avaliação da EFQM no processo de melhoria da Qualidade: o Hospital Amato Lusitano. II Seminário de Gestão em Saúde. Covilhã.
- 32- Fernandes, C., Gomes, J., Martins, M., Gomes, B., Gonçalves, L. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. Revista de Enfermagem Referência. Serie IV-n.º7 out/nov./dez disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007> consultado a 13 de Julho de 2020
- 33- Fortin, M. (1999).O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização, Loures, Lusociência- Edições técnicas e científicas , Lda.;

- 34- Fortin, M. (2003). Processo de investigação: da concepção à realização. Loures, Lusociência Edições.
- 35- Fradique, M., Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. [Online] julho 2013, vol. 3, nº10, pp 45-53. [Consult: 20 Agost 2020]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=df4aaa08-961f-419b905f-56b9ab93a5d6%40sessionmgr4008>.
- 36- Franco, M. J. B.; Florentim, R. J. S. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Revista Portuguesa de Saúde Pública
- 37- Freire RMA, Lumini MJ, Martins MM, Martins T, Peres HHC.(2016), Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2749. [Consultado em 13 de Julho de 2020; disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0860.2749>.
- 38- George, J.C. *et.al* (2000). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas
- 39- Gil, A. C. (2002). Como Elaborar o Projeto de Pesquisa, São Paulo, 4ª edição, editora atlas
- 40- Gonçalves, H. (2014). Manual de Metodologia da Pesquisa Científica. São Paulo. Avercamp Editora
- 41- Gouveia, L. (2015). Aplicação do questionário aos cidadãos sobre governo eletrónico local: teste piloto. Disponível em https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Mapa-de-Angola-com-a-indicacao-das-provincias-e-cidades-importantes_fig1_291152995
- 42- Gunther, M., Alligood, M. (2002). A discipline-specific determination of high quality nursing care. Journal of Advanced Nursing, Volume 38, número 4, pp. 353-359.
- 43- Hesbeen, W. (1998). Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspetiva de Cuidar. Loures. Lusociência
- 44- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital, enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- 45- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., Newman, T. (2001): *Delineando a Pesquisa Clínica*. 2ª Edição. São Paulo, Editora Artmed;
- 46- Instituto Nacional de Estatística, (2018). Disponível em : (<https://www.undp.org/content/undp/en/home/search.html?q=angola>)
- 47- Instituto Nacional de Estatística (2015). Brochuras de Estatísticas Demográficas sociais. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-demograficas-e-indicadores-sociais/boletim-de-indicadores-demograficos-22-de-julho-de-2020.pdf/view>

- 48- Lanzoni, M., Meirelles, S. (2011). Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.3, p.651-658, jun.2011
- 49- Lima, M.J.(1993). O que é a enfermagem. São Paulo. Editora Brasiliense
- 50- Lopes, A., Capricho, L. (2007). Manual de gestão da qualidade. Lisboa: Editora RH.
- 51- Lusa, A. (2018). Angola só tem um Médico Para Cerca de 4.400 Habitantes.Disponível em (<https://www.dn.pt/lusa/interior/angola-so-tem-um-medico-para-cerca-de-4400-habitantes-9074052.html>)
- 52- Lusa, A. (2020). Orçamento Geral do Estado Angolano.Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/economia/oge-angolano-revisto-para-2020-preve-455-de-financiamento-com-receitas-fiscais_n1244790
- 53- Malagutti, W., Miranda, S. (2010). Os caminhos da enfermagem de florence à globalização.São Paulo. Phorte editora.
- 54- Malebo, M. (2018). Diversificação da economia Angolana e potencial das alternativas energéticas. Universidade Fernando Pessoa, Porto
- 55- Marquis, B., Huston, C. (1999). Administração e Liderança em Enfermagem, (2ª edição), Porto Alegre
- 56- Martins, G. A. (2002): *Manual para elaboração de monografias e dissertações*, São Paulo, 3ª Edição, Atlas editora;
- 57- Martins, A., Freitas, R., Ribeiro, S. (2013). Benchmarking Ficha de país Angola. Câmara de Comércio e Indústria. Disponível em : http://www.healthyn.pt/Images/Documentos/Benchmarking_Angola)
- 58- Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., Tronchin, D. (2016). Quality of nursing care: instrument development and validation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(5):864-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151> acedido a 28 de Março de 2019
- 59- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3rd. Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- 60- Mezomo, J.C. (1992). Qualidade Hospitalar: Reinventando e administração Hospitalar. São Paulo. Edições Manole
- 61- Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil. Edições Manole
- 62- MINSA (2018). Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.minsa.gov.ao/vernoticia.aspx?id=34696>
- 63- OECD (2018). Promovendo a Transformação Digital dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e Timor Leste (PALOP-TL). Projeto de Governo Digital da OCDE, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264307155-pt>
- 64- Oliveira Rocha, J. (2006). *Gestão da Qualidade - Aplicação aos Serviços Públicos*. Escolar Editora
- 65- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos Disponível em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- 66- Ordem dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- 67- Ordem dos Enfermeiros (2018). Estatística de Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- 68- Ordem dos Enfermeiros (2019). Anuário estatístico. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- 69- OMS. (1986) Glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance,
- 70- OMS (2016) disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250516/ccs_ago_2015_2019_pt.pdf;jsessionid=7C4C6FC60998EF660B0F9ED5A010BFF0?sequence=1
- 71- Paladini, E. (2004). Gestão da Qualidade - Teoria e Prática. São Paulo. 2.ª Edição. Editora Atlas
- 72- Periard, G. (2011). O Ciclo PDCA e a melhoria contínua. disponível em (<http://www.sobreadministracao.com/o-ciclo-pdca-deming-e-a-melhoria-continua/>)
- 73- Pinto, A., Soares, I. (2018). Sistemas de Gestão da Qualidade - Guia para a sua implementação. 2º Edição. Edições Sílabo. Lisboa
- 74- Pires, A. (2000). Qualidade - Sistemas de gestão da qualidade. Lisboa. Edições Sílabo
- 75- Pires, E. (2016). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: a visão do enfermeiro de família. Instituto Superior Politécnico de Bragança
- 76- Pisco, L. (2001). Revista Ordem dos Enfermeiros, n.º3, Junho
- 77- Pisco, L., Biscaia, J. (2001). Qualidade dos cuidados de Saúde Primários. Volume temático 2. Revista Portuguesa de Saúde Pública
- 78- Polit, D., Hungler, B. (2003). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 7ª Edição. Editora Artes Medicas
- 79- Portela, M. (2000). Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8. Available from SciELO Books.
- 80- Potter, P., Perry, A. (1998). Grande tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar. 3ª Edição. Santos Livraria Editora
- 81- Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos. 5ª edição. Lusociência
- 82- PNUD, (2019). Inequalities in Human Development in the 21st Century. Human Development Reports. Disponível em: <https://www.ao.undp.org/content/angola/pt/home/imprensa/HDR2019.html>
- 83- Queza, A. (2010). Sistema de Saúde em Angola: Uma proposta à luz da reforma do service nacional de saúde em Portugal. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de medicina

- da Universidade do Porto. Acesso em 18 de março de 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>
- 84- Rego, C. (2015). Gestão em enfermagem e a formação em serviço: Tecnologias de informação e padrões de qualidade. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto
- 85- Rego, A., Cunha, M., Gomes, J., Cunha, R., Cardoso, C., Marques, C. (2015). Manual de Gestão de Pessoas e do Capital Humano. 3ª Edição. Edições Sílabo
- 86- Ribeiro, N. M. (2008). Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico”, Trabalho de Investigação; Curso de pós-graduação em urgência e emergência hospitalar; universidade atlântica, Funchal;
- 87- Ribeiro, D. (2010). Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: A percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano. Recife. Fundação Oswaldo Cruz
- 88- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- 89- Santin, S. (2002). Cultura corporal e qualidade de vida. V.27. Kinesis, Santa Maria
- 90- Ribeiro, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., Tronchin, D. (2016). Qualidade dos cuidados: construção e validação de um instrumento. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 69. Nº5. Sept./Oct. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0151>
- 91- Santos, A. (2008) Gestão Estratégica conceitos, modelos e instrumentos. Escolar Edição
- 92- Silva, A. Varanda, J., Dória, S. (20014). Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais. Principia,
- 93- Silva, M. (2013). Gestão da Qualidade em Cuidados de Saúde. 1ª edição. Monitor
- 94- Silvestre, M. (2012). Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- 95- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. Revista de Enfermagem Referência. Serie IV - n.º16 - JAN/FEV/MAR. Disponível online em: <https://doi.org/10.12707/RIV17076>
- 96- Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência da teoria à prática. 4ª edição. Lusociência
- 97- Tafreshi, M., Pazargadi, M., Saeedi, Z. (2007). Nurses perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in iran. International Journal of HealthCare Quality Assurance. Vol. 20, nº 4, p. 320-328
- 98- Tari, J., Sabater, V. (2006). “Human aspects in a quality management context and their effects on performance” Int. J. of Human Resource Management, 17(3): 484-503.
- 99- Tavares, J.P.A., Nunes, L.N.V. (2007). Comportamento de Saúde e de Evitamento do rosco em operatórios fabris. Revista Referencia, 5, 23-35
- 100- Tiago, J. (2011) A formação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem nos períodos colonial e Pós- independência: um estudo dos progressos da Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda - Angola. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro

- 101- Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde - divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro. Divulgação em saúde para debate
- 102- Ylmaz, A., Demirsoy, N., Martins, M. (2018). Validity and Reliability Testing of the Turkish version of the "Scale of Perception of Nursing Activities that Contribute to Nursing Care Quality (EPAECQC) International Journal of Caring Sciences. September-December, Volume 11

ANEXOS

A saúde é um direito básico de todos os indivíduos. A este direito subentende-se a necessidade de que os cuidados de saúde que são prestados, sejam cuidados de saúde de qualidade. A garantia da qualidade é o processo pelo qual se garante que os cuidados junto do doente estão em harmonia com as normas estabelecidas. Este trabalho insere-se no âmbito da dissertação de **Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da ESEP**, realizado por Paula Cristina Martins Torres, docente do ISPT e pretende contribuir para melhorar as condições da qualidade para a assistência de enfermagem em Angola, especificamente nas províncias da Região Sul do País.

Grupo I

Dados sociodemográficos e profissionais

- 1- Hospital: _____ Serviço: _____
- 2- Género: Feminino __, Masculino __
- 3- Idade: _____ anos
- 4- Categoria profissional:
 - a. Técnico básico __
 - b. Técnico médio __
 - c. Técnico superior __
 - d. Pós-graduado __
 - e. Mestre __
 - f. Doutorado __
- 5- Cargo que ocupa:
 - a. Enfermeiro diretor(a) __
 - b. Enfermeiro chefe de secção ou serviço __
 - c. Enfermeiro supervisor __
 - d. Enfermeiro de cabeceira __
- 6- Anos de exercício profissional _____
- 7- Anos de exercício na área da gestão (cargo de direção ou chefia): _____
- 8- Anos no atual serviço: _____
- 9- Com especialidade: __ Sem especialidade __
 - a. Área da especialidade: _____
- 10- Tipo de vínculo com esta instituição:
 - a. Temporário (eventual) __
 - b. Efetivo: __
- 11- Turno em que trabalha nesta instituição:
 - a. Manhã __
 - b. Tarde __
 - c. Noite __
 - d. Turnos Rotativos __
- 12- Estuda neste momento:
 - a. Sim: __; se sim, qual a área _____
 - b. Não: __

Considerando o conhecimento que tem sobre o seu trabalho, no exercício de gestão do serviço, pedimos que exprima a sua opinião face às seguintes afirmações:

Numa escala de 1 a 4, considere:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Muitas vezes; 4- Sempre

Grupo II

1. Enquanto enfermeiro pense na prática de cuidados do seu serviço e expresse a sua opinião:

1.1 A satisfação do utente	1	2	3	4
Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente nos cuidados que prestam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o utente e família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros envolvem os familiares significativos do utente no processo dos cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 A promoção da saúde	1	2	3	4
Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do utente/família e comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitivas e de novas capacidades pelo utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 A prevenção de complicações	1	2	3	4
Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evita problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com as necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividade que delegam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 O Bem-estar e o autocuidado	1	2	3	4
Os enfermeiros identificam os problemas do utente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida	0	0	0	0
Os enfermeiros prescrevem e implementam que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	0	0	0	0
Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	0	0	0	0
Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	0	0	0	0
Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos utentes	0	0	0	0
Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que toma, pelos atos que praticam e delegam	0	0	0	0
	0	0	0	0
1.5 A readaptação funcional	1	2	3	4
Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem	0	0	0	0
Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.	0	0	0	0
Os enfermeiros otimizam as capacidades do utente e familiares para gerir o regime terapêutico prescrito	0	0	0	0
Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o utente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional	0	0	0	0
	0	0	0	0
1.6 A organização dos cuidados de enfermagem	1	2	3	4
Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem	0	0	0	0
Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital	0	0	0	0
	0	0	0	0



Grupo III

- 1- Do seu ponto de vista, que fatores podem interferir no resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem:
 - a. Recursos humanos__
 - b. Recursos materiais__
 - c. interesse profissional __
 - d. Disponibilidade profissional__
 - e. Comprometimento profissional__
 - f. Estrutura física da instituição ou do serviço__
 - g. Formação do profissional__
- 2- Do seu ponto de vista como avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem do seu serviço de referência:
 - a. Muito inadequada
 - b. Inadequada
 - c. Adequada
 - d. Muito adequada
- 3- Do seu ponto de vista como avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem do seu hospital de referência:
 - a. Muito inadequada
 - b. Inadequada
 - c. Adequada
 - d. Muito adequada

O seu questionário termina aqui.
Muito obrigada pela sua disponibilidade!!!



Instituto Superior Politécnico Tundavala

À Direcção do Hospital Provincial do Cunene

Autorize
[Signature]
21-04-2019

TC
pe. A Direcção Pedagogica para a pesquisa
proceder.
[Signature]
16/4/19

Data: 17/03/2019

ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, a docente Paula Cristina Martins Torres do INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA (ISPT), vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do seu Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática "Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul"

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Atenciosamente

Paula Cristina Martins Torres

Paula Cristina Martins Torres

(Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem)

Paula Cristina Torres
929437305

Rua Patrice Lumumba, nº 34 – R/Chão * Caixa Postal 298 * Telemóveis 924-410480 / 923-518661 * Lubango – Huila



À

**DIRECÇÃO DO HOSPITAL
GERAL DE MENONGUE**

CUANDO CUBANGO

N/Ref: 212/ISPT/2018

Data: 01/11/2018

ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

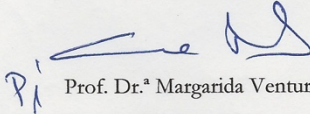
Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, **ISPT–INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA**, vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática **“Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul”**, a docente **Paula Cristina Martins Torres**.

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Atenciosamente


Prof. Dr.ª Margarida Ventura
(Directora Geral)



À

**DIRECÇÃO DO HOSPITAL PROVINCIAL
MATERNO INFANTIL "LIPEYE"**

NAMÍBE

N/Ref: 216/ISPT/2018

Data: 01/11/2018

*OTC,
D. Autaço,
B. Contacto a
Direcção de
Enfermagem*

5/11/18


ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, a docente Paula Cristina Martins Torres do INSTITUTO Com os melhores cumprimentos, **ISPT-INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA**, vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática "**Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul**", a docente Paula Cristina Martins Torres.

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Atenciosamente

Prof. Dr.ª Margarida Ventura
(Directora Geral)
Instituto Superior Politécnico Tundavala

*Então 12304
05.11.2018
Luzia Costa*



À

**DIRECÇÃO DO HOSPITAL PEDIÁTRICO
«PIONEIRO ZECA»**

LUBANGO

N/Refº: 213/ISPT/2018

Data: 01/11/2018

ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

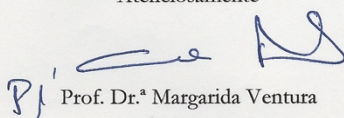
Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, **ISPT–INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA**, vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática **“Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul”**, a docente **Paula Cristina Martins Torres**.

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Atenciosamente


Prof. Dr.ª Margarida Ventura
(Directora Geral)



REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO PROVINCIAL DO NAMIBE
HOSPITAL PROVINCIAL DO NAMIBE
Tlm: 943536694 e-mail: hospitalngolakimbanda@gmail.com

AO
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO
TUNDAVALA
(ISPT)

LUBANGO

S/Referência S/Comunicação N/Referencia Data 07/11/2018.-
400 /3ª. 42/HP-NB/2018.-

ASSUNTO:

OS NOSSOS RESPEITOSOS CUMPRIMENTOS

Por intermédio desta, transcreve-se o Despacho do Exmo Sr. **Director Geral** desta Instituição Hospitalar, recaído sobre a V/Solicitação nº 218/ISPT/2018 de 01 de Novembro, sobre a recolha de dados inerente ao tema; "Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola", cujo teor é o seguinte:

- 1) T.C
- 2) Autorizo.

Ass: Ilegível
Dr. Mukuambi M. Sapalalo-DIRECTOR GERAL
Data:07/11/2018

===== ESTÁ CONFORME =====

O DIRECTOR ADMINISTRATIVO

/ALVES DA SILVA/
=Lic. Cont. Gestão=

Inf. MgP.*

NAMIBE, TERRA DA FELICIDADE



Instituto Superior Politécnico Tundavala

Handwritten signature

À

**DIRECÇÃO DO HOSPITAL MATERNIDADE
IRENE NETO**

LUBANGO

N/Ref^o: 215/ISPT/2018

Data: 01/11/2018

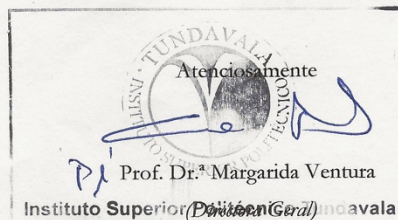
ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, **ISPT-INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA**, vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática **“Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul”**, a docente **Paula Cristina Martins Torres**.

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.



Entrada nº 566

*05/11/2018
Gabriela*

Rua Patrice Lumumba, nº 34 – R/Chão * Caixa Postal 298 * Telemóveis 924-410480 / 923-518661 * Lubango – Huíla



Instituto Superior Politécnico Tundavala

*A
D.P.
Para o devido efeito
Dr Paulo Kambale
05-11-2018*

À

DIREÇÃO DO HOSPITAL CENTRAL
DR. ANTÓNIO AGOSTINHO NETO

LUBANGO

D.P. Lize
DR. CABO
Direção de Serviços de Saúde
Hospital Central e
Serviço de Saúde

N/Ref: 214/ISPT/2018

Data: 01/11/2018

ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, ISPT-INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA, vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática "Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul", a docente Paula Cristina Martins Torres.

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Pi
Atenciosamente

Prof. Dr.ª Margarida Ventura
(Directora Geral)
Instituto Superior Politécnico Tundavala

HOSPITAL CENTRAL DR. ANTÓNIO A. NETO
SECRETARIA - GERAL
Entrada nº 418 hora 12:00
Data 05/11/2018
O Encarregado
On dia



Instituto Superior Politécnico Tundavala

Handwritten notes:
Tundavala
concentra
mit. dat a
chefs
sec. 8
de 1/11/18

DIRECÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL SACO MAR

NAMÍBE

Handwritten:
DTC
1/11/18

N/Ref: 217/ISPT/2018

Data: 01/11/2018

ASSUNTO: Solicitação de Autorização para recolha de dados

Prezados Senhores,

Com os melhores cumprimentos, **ISPT-INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO TUNDAVALA**, vem por este meio solicitar a disponibilidade e possibilidade de recolha de dados no âmbito do Mestrado em Direcção e Chefia de Serviços de Enfermagem, com o intuito de abordar a problemática **“Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Angola: Região Sul”**, a docente **Paula Cristina Martins Torres**.

O questionário será dirigido apenas aos enfermeiros com cargos de direcção, gestores, chefes de serviços ou supervisores.

Certos de que os resultados desta investigação poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços, agradecemos antecipadamente a sua valiosa colaboração.

Atenciosamente

Handwritten signature
Prof. Dr.ª Margarida Ventura

(Directora Geral)

Instituto Superior Politécnico Tundavala