

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem**



**A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste**

**The Quality of Nursing Care in Timor-Leste**

**TERESA DE JESUS VAZ CABRAL**

**Porto, 2015**



*A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem**



**A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste**

**The Quality of Nursing Care in Timor-Leste**

**Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Direção e Chefia dos Serviços em  
Enfermagem, submetido à Escola Superior de Enfermagem do Porto**

**Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da  
Silva Martins**

**Coorientadora: Professora Mestre Maria José Lumini**

**Teresa de Jesus Vaz Cabral**

**Porto, 2015**



*“As mulheres nunca têm uma meia hora em todas as suas vidas que elas possam chamar de sua, sem medo de ofender ou de ferir alguém. Por que as pessoas se sentam tão tarde, ou, mais raramente, se levantam tão cedo? Não é porque o dia não é o suficiente, mas porque elas não têm nenhum momento do dia para si mesmas”.*

*“Florence Nightingale”*



## **Dedicatória**

Dedico esta dissertação do Mestrado à memória do meu **irmão mais velho, João Dias Quintas Vaz**, que apesar de não estar presente entre nós, estará SEMPRE no meu coração e comigo. Dedico também:

Ao meu marido, **Virgílio Soares**, pelo amor incondicional;

Aos meus filhos, **Alexandre Hélio, Andreia Avenilda Inha e Ângela Jemitha (Tiara)**, pela paciência, alegria e inspiração;

À minha mãe, **Agostinha Fernandes**, e aos meus irmãos, **Alcina Fernandes, Rosalina Fernandes, Helena Marquês, Filomena de Jesus, M<sup>ae</sup> Auxiliadora, José Vaz e Joaquim Vaz**, por tudo... em todas as etapas da vida oferecendo-me apoio, incentivo e amor, motivação até por via da telecomunicação, sempre comigo para enfrentar desafios sem nunca desistir; embora fisicamente distantes, sinto-os sempre perto de mim, choraram e sorriram comigo;

*E a todas as pessoas que amei na vida e que já não se encontram presentes.*

***Que Deus os abençoe a todos!***



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Paulo Parente, como Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que me recebeu e aceitou na sua escola, permitindo-me “vivenciar” neste Instituto (ESEP). A minha gratidão e o meu agradecimento pelo apoio, disponibilidade e orientação durante todos os processos de atividade académica, através de todos os docentes da ESEP que facilitaram o meu percurso com sucesso.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, orientadora excelente deste trabalho, agradeço pelo incentivo, amor e apoio, pela amizade, compreensão e orientação. Foi um apoio importante, não só pela partilha do conhecimento e as ideias construtivas do modelo de referência de enfermagem nos seus ensinamentos e exemplos, mas, principalmente, pelas preciosas contribuições que tornaram possível este trabalho. Além disso, muitas vezes a assumo como “mãe” tão cheia de amor e que sempre esteve comigo nos tempos mais difíceis, que me deu a coragem e motivação e que enxugou as minhas lágrimas quando eu enfrentava muitas dificuldades.

À Professora Doutora Maria José Lumini, agradeço a Coorientação deste trabalho, pelo carinho e apoio, pela disponibilidade e orientação, durante o período de desenvolvimento do meu percurso académico e a concretização desta investigação.

A todos os docentes e não docentes da ESEP, que sem exceção me forneceram a imprescindível informação e ajuda para a realização deste estudo, agradeço o muito que devo a todos.

Ao Professor Doutor Francisco Vieira, pela preciosa ajuda e paciência durante o processo deste trabalho.

Ao Centro de informática e Técnica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela sua preciosa colaboração

A todos os profissionais da Biblioteca da ESEP, à administração da ESEP, a todos os funcionários da reprografia pela disponibilidade que sempre tiveram quando eu necessitei de ajuda e colaboração. A todos eles, agradeço muito pelo excelente desempenho, apoio, simpatia e atenção que sempre me demonstraram.

## *A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

A todos os enfermeiros timorenses, pelos seus contributos e apoios, que me deram a valiosa informação durante a recolha de dados para este estudo.

Às minhas colegas de mestrado, José Miguel Santos, Telma, M<sup>ª</sup> Teresa Silva, Rui Fonseca, Pedro Raul Silva, Serenella e Tânia Morreira, pela sua amizade, incentivo e ajuda, na superação de momentos difíceis.

Ao Instituto Camões, a toda a equipa da Reitoria da Universidade Nacional de Timor Lorosae – UNTL, e a toda a equipa da Dirigente da Faculdade de Medicina – UNTL que me cederam financiamento durante a minha estadia no Porto.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste estudo, o meu sincero agradecimento.

**SIGLAS e ABREVIATURAS**

|         |   |  |
|---------|---|--|
| AACN    | - | American Association of Critical-Care Nurses   |
| ACES    | - | Agrupamentos de Centros de Saúde   |
| ACSS    | - | Administração Central do Sistema de Saúde  |
| AETL    | - | Associação dos Enfermeiros de Timor Lorosae  |
| ANA     | - | American Nursing Association   |
| APEGEL  | - | Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança                                    |
| ARS     | - | Administrações Regionais de Saúde  |
| CDE     | - | Classificação de Doentes/Enfermagem  |
| CE      | - | Conselho de Enfermagem   |
| CIPE    | - | Classificação Internacional para a prática de Enfermagem                                     |
| CSL     | - | Centro da Saúde de Lospalos  |
| CSVCD   | - | Centro da Saúde de Vera Cruz de Díli   |
| DEE     | - | Departamento Escola de Enfermagem  |
| DI      | - | Dia de Internamento  |
| EFN     | - | Europe Federation of Nursing   |
| EFQM    | - | European Foundation for quality management   |
| EPAECQC | - | Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados |
| ESEP    | - | Escola Superior de Enfermagem do Porto   |
| ETC     | - | Equivalente a Tempo Completo   |
| FMCS    | - | Faculdade Medicina e Ciências da Saúde   |
| HCN     | - | Horas de Cuidados Necessárias  |
| HCP     | - | Horas de Cuidados Prestadas  |
| HNGV    | - | Hospital Nacional Guido Valadares  |
| HRB     | - | Hospital Referencia Baucau   |
| ICN     | - | Internacional Council of Nursing   |
| IIP     | - | Iowa Intervention Project  |
| IOP     | - | Iowa Outcomes Project  |
| IQS     | - | Instituto da Qualidade em Saúde  |
| ISO     | - | International Organization for Standardisation   |
| NANDA   | - | North American Nursing Diagnosis Association   |

## *A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

|       |   |   |
|-------|---|---|
| NIC   | - | Nursing Intervention Classification                       |
| NOC   | - | Nursing Outcomes Classification                           |
| OE    | - | Ordem dos Enfermeiros                                     |
| OMS   | - | Organização Mundial de Saúde                              |
| ONU   | - | Organização das Nações Unidas                             |
| PDCA  | - | Plan-Do-Check-Act   |
| PPQCE | - | Projeto Padrões Qualidade dos Cuidados de Enfermagem      |
| RDTL  | - | República Democrática de Timor Leste                      |
| RDTL  | - | República Democrática de Timor Leste                      |
| REBEn | - | Revista Brasileira de Enfermagem                          |
| REPE  | - | Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros     |
| SAE   | - | Sistematização de Assistência de Enfermagem               |
| SAPE  | - | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem                  |
| SCD/E | - | Sistema de Classificação de Doentes/Enfermagem            |
| SGQ   | - | Sistema Gestão da Qualidade                               |
| SIE   | - | Sistema Informação de Enfermagem                          |
| SIGSS | - | Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde |
| TIC   | - | Tecnologias de Informação e Comunicação                   |
| UCC   | - | Unidade de Cuidados na Comunidade                         |
| UCI   | - | Unidade Cuidados Intensivos                               |
| UK    | - | United King dom   |
| UNTL  | - | Universidade Nacional de Timor Lorosae                    |
| USF   | - | Unidade de Saúde Familiar                                 |
| WCHEN | - | Western Commission of Higher Education in Nursing         |
| WHO   | - | World Health Organization                                 |

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| O - INTRODUÇÃO.....   | 1   |
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....   | 5   |
| 1- A EVIDÊNCIA SOBRE O CONHECIMENTO DA GESTÃO EM ENFERMAGEM .....               | 5   |
| 1.1- <i>Enfermagem e saúde das populações</i> .....                             | 6   |
| 1.2 - <i>Tendências e profissão</i> .....                                       | 7   |
| 1.3 - <i>Contributos da enfermagem para a saúde das populações</i> .....        | 15  |
| 2. GESTÃO EM ENFERMAGEM.....  | 18  |
| 2.1. <i>Competências dos Enfermeiros gestores</i> .....                         | 20  |
| 2.2. <i>Processos de Gestão</i> .....   | 26  |
| 2.3. <i>Sistema de classificação de doentes</i> .....                           | 31  |
| 2.4. <i>Processo de Enfermagem</i> .....  | 33  |
| 3. QUALIDADE EM SAÚDE .....   | 38  |
| 3. 1. <i>Qualidade em Enfermagem</i> .....                                      | 45  |
| 3.2. <i>Uma visão sobre a sustentabilidade da enfermagem como ciência</i> ..... | 48  |
| 3.3. <i>Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem</i> .....               | 51  |
| 3.2.1. <i>A saúde</i> .....   | 53  |
| 3.2.2. <i>A pessoa</i> .....  | 54  |
| 3.2.3. <i>O ambiente</i> .....  | 56  |
| 3.4. <i>Cuidados de enfermagem</i> .....  | 57  |
| 3.5. <i>Padrões de qualidade de cuidados – enunciados descritivos</i> .....     | 61  |
| 4 - FUNCIONAMENTO DOS CUIDADOS.....   | 65  |
| 5 - TEMPO NA CENTRALIDADE DE CUIDADOS .....                                     | 67  |
| PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....                                      | 69  |
| 1 - TRABALHO DE CAMPO.....  | 70  |
| 1.1- <i>Desenho do Estudo</i> .....   | 71  |
| 1.2- <i>Variáveis em estudo</i> .....   | 73  |
| 1.3- <i>População e amostra</i> .....   | 78  |
| 1.4- <i>Instrumento de colheita de dados</i> .....                              | 79  |
| 1.5- <i>Procedimentos de colheita de dados e éticos</i> .....                   | 80  |
| PARTE III – TRAÇADO DAS OPINIÕES DOS ENFERMEIROS –.....                         | 85  |
| APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....  | 85  |
| 1 - CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....  | 85  |
| 1.1 - <i>Exercício profissional</i> .....                                       | 86  |
| 2 - PADRÕES DA QUALIDADE .....  | 87  |
| 2.1. <i>A satisfação do cliente</i> .....                                       | 87  |
| 2.2. <i>A promoção da Saúde</i> .....   | 89  |
| 2.3. <i>A prevenção de complicações</i> .....                                   | 90  |
| 2.4. <i>O bem-estar e o autocuidado</i> .....                                   | 93  |
| 2.5. <i>A readaptação funcional</i> .....                                       | 95  |
| 2.6. <i>A organização dos Cuidados de Enfermagem</i> .....                      | 97  |
| 3 - O FUNCIONAMENTO DOS CUIDADOS .....  | 99  |
| 3.1- <i>Frequência de cuidados de enfermagem</i> .....                          | 101 |
| 3.1.1- <i>Alimentação</i> .....   | 102 |
| 3.1.2- <i>Movimentação</i> .....  | 103 |
| 3.1.3- <i>Eliminação</i> .....  | 104 |
| 3.1.4- <i>Terapêutica</i> .....   | 104 |
| 3.1.5- <i>Tratamentos</i> .....   | 105 |

## *A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

|   |     |
|---|-----|
| 3.1.6- Atividades especiais /de apoio de educação.....          | 106 |
| 3.1.7-Avaliação e planeamento de cuidados.....                  | 107 |
| 4 - FORMAÇÃO E CUIDADOS .....                                   | 110 |
| PARTE IV – DA REALIDADE À NECESSIDADE DE DESENVOLVIMENTO –..... | 131 |
| DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....                                  | 131 |
| CONCLUSÕES.....   | 145 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                | 149 |
| ANEXO I – ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS GESTORES                   |     |
| ANEXO II – QUESTIONÁRIOS  |     |
| ANEXOS III – AUTORIZAÇÃO  |     |

## **ÍNDICE DE TABELAS**

|   |     |
|---|-----|
| Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com os anos de exercício profissional e anos atual do serviço profissional..... | 86  |
| Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com exercício na área de gestão e exercício nos cuidados .....                  | 86  |
| Tabela 3 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre satisfação do cliente.....   | 88  |
| Tabela 4 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a promoção da saúde.....   | 89  |
| Tabela 5 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre prevenção de complicações ..   | 91  |
| Tabela 6 - Distribuição da percepção dos enfermeiros do bem-estar e autocuidado.....  | 93  |
| Tabela 7 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre readaptação funcional .....  | 96  |
| Tabela 8 – Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a organização dos cuidados de enfermagem .....                         | 98  |
| Tabela 9 - Distribuição opinião dos enfermeiros sobre os recursos quando tem dúvidas sobre os cuidados.....                       | 99  |
| Tabela 10 – Distribuição da opinião quando algum cuidado corre mal.....   | 100 |
| Tabela 11 – Distribuição das profissionais que são referenciados quando há faltas de materiais.....                               | 100 |
| Tabela 12 - Distribuição de método de trabalho dos enfermeiros .....  | 101 |
| Tabela 13 - Distribuição dos cuidados de higiene e cuidados pessoais .....  | 102 |
| Tabela 14 - Distribuição dos cuidados com a alimentação .....   | 102 |
| Tabela 15 - Distribuição dos Cuidados na mobilidade .....   | 103 |
| Tabela 16 - Distribuição dos cuidados de Eliminação .....   | 104 |
| Tabela 17 - Distribuição dos cuidados com a terapêutica .....   | 105 |
| Tabela 18 – Distribuição dos cuidados com tratamentos .....   | 105 |
| Tabela 19 - Distribuição dos cuidados com sinais vitais.....  | 106 |
| Tabela 20 – Distribuição dos cuidados com atividades especiais / apoio de educação ....   | 107 |
| Tabela 21 - Distribuição das fases de processo de enfermagem - avaliação e planeamento de cuidados .....                          | 108 |



**ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

|   |    |
|---|----|
| Diagrama 1: Ferramentas / metodologias empregadas nos serviços de saúde em busca da qualidade do Ciclo de Deming..... | 27 |
| Diagrama 2 - O processo de Enfermagem .....   | 35 |



**ÍNDICE DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Competências do enfermeiro gestor .....              | 26 |
| Figura 2 - Aspetos para a avaliação da qualidade .....          | 29 |
| Figura 4 – Componentes da Qualidade .....                       | 41 |
| Figura 5 - Componentes da qualidade nos cuidados de saúde ..... | 44 |
| Figura 6 - Desenho do Estudo .....                              | 72 |



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |     |
|--|-----|
| Gráfico Nº1 - Representação da satisfação do cliente.....  | 89  |
| Gráfico Nº2 – Representação da promoção da saúde .....   | 90  |
| Gráfico Nº3 – Representação de prevenção de complicações .....   | 92  |
| Gráfico Nº4 – Representação de bem-estar e o autocuidado .....   | 95  |
| Gráfico Nº5 – Representação de readaptação funcional.....  | 97  |
| Gráfico Nº6 – Representação da organização dos cuidados de enfermagem .....  | 98  |
| Gráfico nº 7 – Representação da frequência dos cuidados .....  | 109 |
| Gráfico nº 8 – Associação entre formação e demonstram o rigor técnico / científico na<br>implementação das intervenção de enfermagem ..... | 112 |
| Gráfico nº 9 – Associação entre formação e quando algum cuidado corre mal.....   | 113 |
| Gráfico nº 10 – Associação entre formação e demonstram responsabilidade pelas decisões<br>que tomam.....                                   | 114 |
| Gráfico nº 11 – Associação entre formação e planeiam a alta dos clientes internados em<br>instituições de saúde.....                       | 115 |
| Gráfico nº 13 – Associação entre formação e posicionamento na cama .....   | 117 |
| Gráfico nº 14 – Associação entre formação e algaliação .....   | 118 |
| Gráfico nº 15 – Associação entre formação e medicação por via oral .....   | 119 |
| Gráfico nº 16 – Associação entre formação e medicação intramuscular .....  | 120 |
| Gráfico nº 17 – Associação entre formação e medicação e endovenosa .....   | 121 |
| Gráfico nº 18 – Associação entre formação e aspiração de secreções.....  | 122 |
| Gráfico nº 19 – Associação entre formação e avaliação da TA.....   | 123 |
| Gráfico nº 20 – Associação entre formação e avaliação do pulso .....   | 124 |
| Gráfico nº 21 – Associação entre formação e avaliação da respiração .....  | 125 |
| Gráfico nº 22 – Associação entre formação e ensino sobre situações patológicas.....  | 126 |
| Gráfico nº 23 – Associação entre formação e ensino sobre prevenção de complicações.....  | 127 |
| Gráfico nº 24 – Associação entre formação e ensino sobre a adaptação dos autocuidados<br>à situação patológica.....                        | 128 |
| Gráfico nº 25 – Associação entre formação e ensino a familiares cuidadores.....  | 129 |



## **ÍNDICE DE QUADROS**

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Caraterísticas sociodemográficas .....   | 73 |
| Quadro 2 - Variável padrões de qualidade .....      | 74 |
| Quadro 3 - Variável funcionamento dos cuidados..... | 76 |
| Quadro 4 - Variável frequência dos cuidados .....   | 77 |



## RESUMO

A qualidade dos cuidados de enfermagem tornou-se uma questão intemporal e um fenómeno de crescente interesse nas organizações de saúde que, para além da importância que tem para a instituição e utente, deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados. Este estudo tem como finalidade contribuir para a promover a qualidade dos cuidados de Enfermagem e para o desenvolvimento do sistema de educação em Timor-Leste. Partimos da problematização dos cuidados, sustentado no conhecimento e experiência de Portugal, pelo que delinhamos como objetivos: traduzir e adaptar culturalmente a “Escala de Percepção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados” (EPAECQC) para *Tétum*<sup>1</sup>; Identificar o perfil de cuidados em Timorenses a partir da opinião dos enfermeiros que prestam cuidados; Analisar a opinião dos enfermeiros face a intervenções que garantem qualidade; Descrever os cuidados de enfermagem mais frequentes; Descrever necessidades de formação dos enfermeiros Timorenses. O estudo foi desenvolvido no paradigma quantitativo de natureza exploratório e descritivo iniciando-se com uma fase metodológica para adaptação culturalmente dos instrumentos a utilizar. A amostragem foi composta por 226 enfermeiros a partir de uma amostragem intencional, desenvolvida em dois hospitais e dois centros de saúde. O instrumento de colheita de dados foi um questionário de autopreenchimento e foram garantidos as condições éticas e consentimentos das instituições e participantes. Verificamos que o nível de formação académica dos enfermeiros, na sua maioria são de nível SPK<sup>2</sup> (54%), e os de nível Ensino Superior (46%). Dos resultados salienta-se que, em relação aos Padrões de Qualidade e considerando que a qualidade se deveria situar com as maiores frequências no sempre, que menos de metade da amostra considera que se preocupam sempre com a **satisfação do cliente**, acrescentando referir que apenas (19,5%), procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (Doente/família); sobre a **promoção da saúde**, valores ainda são mais baixos sendo que apenas (31%) aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis; a **prevenção de complicações** situa-se também em valores baixos sendo que o valor mais elevado é nos que dizem sempre no que concerne à demonstração de rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem (40,7%); O **bem-estar e o autocuidado** situa-se nas frequências próximas de (25%) apenas, contudo a referência a situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e demonstração de responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam passa para apenas (38,5%); a **readaptação funcional** tem uma grande variação sendo o valor mais elevado, (44,2%) para a continuidade na prestação de cuidados, por ultimo, a **organização dos cuidados de enfermagem** regista valores das frequências a abaixo dos (5%) o que demonstra na globalidade uma grande necessidade de melhoria de cuidados. Verificamos ainda que há diferenças significativas entre a opinião dos enfermeiros com formação superior e os outros, sobre a qualidade de cuidados e frequência da sua realização, mas não ocorre da mesma forma em todos os hospitais.

Palavras-chave: *Enfermagem, Gestão, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*

---

<sup>1</sup> *Tétum* é a Língua oficial de Timor-Leste, verso com a Língua Portuguesa.

<sup>2</sup> SPK - *Sekolah Perawat Kesehatan (Lingua Indonesia)*, é o nível da escolaridade equivalente ao Ensino Secundário no domínio de Escola Enfermagem com duração de três anos (10<sup>o</sup>, 11<sup>o</sup> e 12<sup>o</sup> ano)



## ABSTRACT

The quality of nursing care has become a timeless question and a growing interest phenomenon in health organizations and its relevance is not only a matter to institutions and client but must be also a focus to the caregiver. This study aims to contribute to the promotion of nursing care quality and to the development of the education system in East Timor. The study begins by addressing main care issues, based on the knowledge and experience of Portugal, thus leading to the outlined objectives: Translate and culturally adapt the "Scale of Perception of Nursing activities that contribute to the quality of care" (EPAECQC) to *Tétum*<sup>3</sup>; Identify the profile of care for the East Timor population based on the perception of nurses responsible for care provision; Analyze the nurses' opinions concerning the interventions that ensure quality; Describe the most common nursing care; Describe training needs of East Timor nurses.

The study was based on the quantitative paradigm of exploratory and descriptive nature, beginning with a methodological approach to enable cultural adaptation of the selected instruments. The sample comprised 226 nurses from an intentional sampling, and study was developed in two hospitals and two health centres. The instrument of data gathering was a self-administered questionnaire and ethical approval and formal consents from institutions and participants were guaranteed. This study shows that the scholar degree of nurses is mainly a SPK<sup>4</sup> level (54%), and nurses with a higher education degree represent (46%). Considering that the Quality Standards in item "always" should register the highest frequencies, the results show, however, that less than half of the sample refers being always concerned with the client's satisfaction, in addition to (19,5%) of participants that refer their commitment to establish empathy when interacting with the client (patient/family). Concerning the health promotion item, results are even lower, since only (31%) consider the admission to care institutions as a way to promote healthy lifestyles; the prevention of complications also registers low frequencies and the highest is for the item related to the demonstration of technical/scientific rigour in the implementation of nursing interventions (40.7%); The well-being and self-care items represent only (25%), however the reference to constraints interfering in the well-being and the accomplishment of daily life activities by the clients and their demonstration of personal commitment to decision making and actions, reaches only (38,5%); The functional re-adaptation has significant variation, with the highest indicator reaching (44.2%) for the item referring to continuing care provision. The last result for the nursing care organization item shows frequencies below (5%) which evidence the overall perception of the need for improvement of care. Yet we find that there are significant differences between the opinions of nurses with higher education and the other on the quality of care and frequency of its completion, but does not occur in the same way in all hospitals.

Keywords: *Nursing, Management, Nursing Care Quality*

---

<sup>3</sup> *Tétum* is the official language in East Timor

<sup>4</sup> SPK - *Sekolah Perawat Kesehatan (Indonesian language)* is the equivalent to the high school level of the Nursing School with a three years duration (10<sup>th</sup>, 11<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> scholar years)



## O - INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados de enfermagem para além da importância que possuem para a instituição deve ter uma importância máxima para o prestador de cuidados. Numa prestação de cuidados de qualidade, existe um encontro entre o profissional e o utente. Em seguida, o enfermeiro deve almejar a qualidade em cada gesto realizado, deve pesquisar para que o desempenho da sua função seja mais do que uma simples execução de tarefas.

A preocupação com a qualidade deve iniciar-se com a identificação das necessidades dos clientes (Pires, 2012), após esta fase, ocorrem atividades de verificação interna e avaliação externa dos serviços e processos ligado à qualidade, para Donabedian (1997), a qualidade em saúde é uma forma mais objetiva dirigida a áreas específicas e, neste sentido, mencionamos as estruturas de prestação de cuidados, os processos decorrentes da própria prestação de cuidados e os resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente.

A qualidade dos cuidados de enfermagem implica várias situações, não só o conhecimento científico e a necessidade de adequá-lo a cada pessoa, mas também a liderança para essa mesma qualidade, estimulando a formação dos profissionais e o trabalho em equipa, proporcionando perspetivas sobre diferentes ângulos da realidade, criando envolvimento e compromisso efetivo, fundamental para a evolução da organização. Daí que, a OE (2002) através do Conselho de Enfermagem, afirma que os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, menciona que a *“qualidade exige reflexão sobre a prática (...) e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”* (OE, p.5).

A Enfermagem é uma profissão na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável 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 (REPE Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Enfermagem também é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, considerando como um todo individual. Contudo, hoje o olhar dos enfermeiros alarga-se à família e à comunidade, bem como o grupo específicos, 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.

De acordo com Pereira (2009), *“A Teoria de Enfermagem não é algo de carácter meramente simbólico (...) antes uma articulação sistemática e coerente de posições capazes de dirigir e focalizar, simultaneamente, a Investigação e a Prática.”* Esta definição é sustentada pela definição da teoria de enfermagem, de Meleis (2005) e citada pelo mesmo autor como *“(...) uma articulação e uma conceptualização partilhada, desenvolvida ou descoberta, acerca de realidades que dizem respeito à Enfermagem, com propósito de descrever, explicar, predizer o prescrever cuidados de enfermagem”* (Pereira, p. 35).

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 dos 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, 2010).

De acordo com (Malagutti e Miranda) o enfermeiro é hoje, a nível mundial, um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e grupos dentro de sua comunidade, estando preparados para atuar nas áreas assistencial, administração /gestão e na formação. *“Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade”* (Malagutti, 2010, p. 273).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (OE), definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, através de um estudo realizado com a metodologia Delphi, no qual participaram os enfermeiros de todo o país. A definição dos padrões de qualidade dos

cuidados de enfermagem visa alcançar a implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade, como preconizado pelas instituições como a OMS e o ICN, fortalecendo a reflexão sobre a prática profissional dos enfermeiros e das instituições de saúde dos países.

A concepção deste padrão tem por base a pessoa enquanto ser individual, social e único “*com dignidade própria e direito a autodeterminar-se*”. Este processo é influenciado pelo contexto humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que constituem o ambiente no qual a pessoa vive e se desenvolve, influenciando o seu estilo de vida.

A partir desta conceptualização, os padrões de qualidade definem seis categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Timor-Leste é um novo país, jovem e pequeno, com uma superfície de cerca de 15.000 km<sup>2</sup> e uma população de 1,066,582 habitantes; 541,147 dos homens e das mulheres 525, 435 (Censos, outubro de 2010). Reconhecendo que é um país em desenvolvimento, incluindo na área de saúde, teremos que aprender com as experiências dos outros países mas também articular com a realidade, particularmente no que concerne aos recursos humanos, infraestruturas e equipamentos que asseguram os cuidados de saúde e de enfermagem. Os enfermeiros que trabalham no Ministério da Saúde (TL) são 1142, sendo 63,7% do sexo masculino e 36,3% do sexo feminino, e que trabalham em proximidade com a população pois permanecem em vigilância durante 24 horas. (data bases MdS, 2014).

Depois de um olhar acerca dos cuidados em Portugal e do conhecimento dos cuidados em Timor-Leste emerge o desenvolvimento do tema “*A qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*”.

Tendo conhecimento de um estudo sobre a monitorização dos cuidados em Portugal, inquietou-me saber como seriam os cuidados em Timor-Leste, utilizando o mesmo instrumento de medida. Deste modo, começamos por traduzir e validar o instrumento para a realidade do nosso país.

Considerando o requisito de validação do instrumento, seleccionámos para a amostra os enfermeiros que trabalham no Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV), Hospital

Referência de Baucau (HRB), Centro da Saúde de Lospalos (CSL) e Centro da Saúde Vera Cruz de Díli (CSVCD), podendo, numa fase posterior, alargar a todos os enfermeiros de Timor-Leste.

Com este estudo, procuramos compreender até que ponto os enfermeiros timorenses se preocupam com a garantia de respostas específicas relacionadas com a saúde, bem-estar e autocuidados, ou centram a sua atuação no cumprimento de atividades prescritas.

Deste modo, a finalidade deste estudo é contribuir para a melhoria e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolvimento da formação de enfermagem em Timor-Leste, face à opinião dos enfermeiros sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

De seguida, e por uma questão de método, apresentamos os objetivos segundo uma lógica de execução no processo de investigação:

- ✓ Traduzir, adaptar culturalmente e validar a Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados (EPAECQC) para Tétum;
- ✓ Identificar o perfil de cuidados dos timorenses a partir da opinião dos enfermeiros que prestam cuidados;
- ✓ Analisar a opinião dos enfermeiros face a intervenções que garantem qualidade;
- ✓ Descrever os cuidados de enfermagem mais frequentes;
- ✓ Descrever necessidades de formação dos enfermeiros de Timor-Leste.

No decorrer desta dissertação será definido primeiramente o quadro concetual onde será feito um enquadramento sobre Enfermagem, Gestão, e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, posteriormente será apresentada a metodologia do estudo em que é feita referência ao desenho de estudo, variáveis, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos e considerações éticas. Seguir-se-á a apresentação e discussão dos resultados, limitações do estudo e implicações, seguidas da conclusão.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A temática deste trabalho de investigação é bastante ampla e, como tal, envolve o aprofundamento de conhecimentos em diferentes áreas. Deste modo, serão abordados: Enfermagem, Gestão e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

### **1- A EVIDÊNCIA SOBRE O CONHECIMENTO DA GESTÃO EM ENFERMAGEM**

A enfermagem é entendida como uma disciplina profissional, na qual a construção do conhecimento deve ser compreendida a partir da gestão em enfermagem, quanto ao seu processo de trabalho, sob a dimensão da subjetividade. Desta forma, a gestão consiste num conjunto de atitudes do enfermeiro, visando manter a coerência entre o discurso e a ação, junto à equipa de enfermagem e cuja tarefa deste trabalho é o cuidado terapêutico às pessoas em sofrimento físico, psíquico e social que procuram e necessitam de atenção especializada.

A Enfermagem, com o seu próprio corpo de conhecimento pode afirmar-se como uma ciência na qual pode assumir dimensões de orientação para a prática, de cariz humanista, orientada para a saúde e centrada no conceito de cuidar. Neste sentido, o domínio da disciplina de enfermagem é delimitada por aspetos que estão ligados à prática, formação, política e gestão e na qual Meleis define sete conceitos centrais que caracterizam o domínio da enfermagem: cliente, transições, interação, ambiente, processo de enfermagem, intervenções de enfermagem e saúde (Pereira,2009).

### **1.1- Enfermagem e saúde das populações**

O conceito da OMS divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 e formulou na Conferência de Alma-Ata em 1978), implicando de reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do estudo na promoção e proteção da saúde, diz que *“Saúde é o estudo de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas, a ausência de quaisquer doenças ou enfermidades”*. Atualmente, o conceito de saúde está relacionado com os conceitos de qualidade de vida, fatores de risco e esperança de vida. Este conceito não é universal, visto que se encontra relacionado com cada indivíduo, independentemente do seu caráter, sexo, idade, profissão, padrões culturais e religiosos. No entanto, para a maioria dos seres humanos, uma vida de qualidade pressupõe a existência de saúde e a satisfação de necessidades básicas (alimentação, habitação, higiene). Por isso, quando se pretende avaliar o estudo de saúde de uma população utilizam-se indicadores. Os indicadores de saúde utilizados são valores expressos por taxas ou percentagens, que permitem fazer uma avaliação estatística sobre o estudo de saúde dessa população. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de incidência de doenças infecciosas, a taxa de incidência das doenças cardiovasculares. Nomeadamente, nos países em desenvolvimento apareceu uma grande incidência de doenças infecciosas (tuberculose, malária e sida), porque há carências alimentares, falta de assistência médica, falta de condições de higiene e falta de informação e educação. Por outro lado, nos países desenvolvidos, apareceu uma grande incidência de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, cancro.

Segundo Collière (1999) há muitos anos, as pessoas diziam que os enfermeiros ajudavam todos os doentes para melhorar e garantir as necessidades de saúde. No entanto, a profissão que existe tem que ter razão e pode justificar a prestação de um serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade de prestação aos utentes.

De acordo com Donabedian (2003), a estrutura é definida como *“(...) as condições sob as quais os cuidados de saúde são prestados”*. Os processos segundo o mesmo autor referem-se *“(...) às atividades que constituem os cuidados de saúde (...) habitualmente levadas a cabo pelos profissionais de saúde mas que podem incluir outras contribuições, como atividades desenvolvidas pelas famílias juntos dos pacientes”*. E os resultados, para Donabedian, traduzem *“(...) as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde.”* (Pereira, 2007; p. 75).

## **1.2 - Tendências e profissão**

No início do século XX, a enfermagem não era nem uma disciplina acadêmica nem uma profissão. Contudo, as concretizações do último século levaram ao conhecimento da enfermagem em ambas as áreas, porque estão definitivamente interligadas, embora com significados específicos, são importantes para a enfermagem. O corpo de conhecimento característico da enfermagem é vital ao reconhecimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão. Uma disciplina é própria da acadêmica e diz respeito a um ramo do ensino, a um departamento da aprendizagem ou a um domínio do conhecimento.

*“Uma profissão diz respeito a um campo especializado da prática fundada com base na estrutura teórica da ciência ou conhecimento daquela disciplina e nas capacidades da prática que a acompanham”* (Tomey, 2004, p. 15).

Os autores também observaram que, apesar de a disciplina e a profissão estarem indiscutivelmente ligadas, a falha em reconhecer a existência da disciplina como corpo de conhecimento e de a separar das atividades dos seus praticantes contribuiu para a visão de que a enfermagem era uma vocação, em vez de uma profissão. Mas, no final do século XX, a enfermagem é, manifestamente, reconhecida como profissão (Idem, p.18).

Na sua discussão sobre a enfermagem enquanto profissão, afirmam que “as tendências de enfermagem como profissão incluíam a crescente ênfase colocado nos aspetos da enfermagem que a caracterizam como profissão, incluindo o ensino, a teoria, o serviço, a autonomia e os códigos éticos” (Idem, 2004, p.31).

A enfermagem, como ciência e como profissão, tem sofrido, especialmente nestes últimos 20 anos, modificações a diferentes níveis que a impulsionam para um processo crescente de valorização pedagógica, profissional e social. Adequando-se cada vez melhor às mutações constantes das conjunturas sociopolíticas e às necessidades de saúde da sociedade atual, o ensino da enfermagem é por isso o seu principal vetor de crescimento, tendo-se valorizado especialmente num curto espaço de tempo.

As concretizações da enfermagem durante o último século foram muito importantes para o desenvolvimento da enfermagem. Os seus feitos foram anunciados neste emocionante tempo em que a enfermagem é reconhecida quer como uma disciplina académica, quer como profissão. Representam duas ideias mais extensas e o conhecimento mais sistemático sobre enfermagem; portanto, *“a teoria é vital tanto para a disciplina como para a profissão”* (Idem, p. 15).

Embora o tópico da enfermagem enquanto profissão no final do século XX fosse um assunto primordial durante grande parte do século, a enfermagem fazia progressos consistentes rumo ao estatuto profissional. Atualmente, a enfermagem é, manifestamente, reconhecida como profissão. Ao longo do século XX, os critérios de uma profissão serviram de orientação para o desenvolvimento da profissão. A enfermagem foi o tema de diversos estudos sociológicos relativos ao desenvolvimento profissional que utilizam diversos conjuntos de critérios. Tomey (2004) ao referenciar Bixler e Bixler (1959) sustentam um conjunto de critérios talhados para a enfermagem a afirmar que uma profissão utiliza na sua prática um corpo de conhecimento especializado, através de método científico no ensino superior, relativamente procura árdua compensa os seus praticantes dando-lhes liberdade de ação, oportunidade para o crescimento profissional contínuo e segurança económica. As profissões fornecem um serviço público e a prática centra-se nas pessoas que elas servem.

A aplicação dos conhecimentos de enfermagem na prática é um critério que, atualmente está na linha da frente com uma ênfase na responsabilidade pela prática de enfermagem baseada nas teorias de enfermagem. A teoria permite-nos organizar e compreender o que se passa na prática, analisar criticamente a situação do doente para a tomada de decisão clínica, planear o tratamento e propor as intervenções de enfermagem apropriadas, prever os efeitos do tratamento no doente e avaliar a sua eficácia (Idem, p. 19).

A história da enfermagem demonstra a evolução de um fazer intuitivo. A prática que antecedeu Florence Nightingale era desenvolvida sem um referencial, e as pessoas que a exerciam não eram preparadas para o seu desempenho. Assim, em 1859, Florence Nightingale, definiu o enfermeiro como possuidor de *“responsabilidade pela saúde de alguém e por colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele”*. Após buscar conhecer o que se praticava na enfermagem, afirmou que só conhecimentos especializados poderiam trazer resultados satisfatórios, marcando a evolução de uma enfermagem empírica para uma científica (Malagutti et al., 2010, p.118).

Em 1996, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional para a Prática de Enfermagem (REPE) pelo Decreto-Lei n.º 161/96 (art.º 4.º, ponto 1), em que se define: “A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. Este documento histórico é visto como um instrumento essencial na caminhada da autonomia profissional e, imprescindível para a intervenção direta dos enfermeiros na prestação dos cuidados de saúde. Define as intervenções autónomas e interdependentes, caracterizando-as a partir do processo de cuidados, em que o cuidado à pessoa é o centro de interesse, promovendo uma identidade sócio profissional dos enfermeiros.

A Enfermagem é uma profissão apaixonante e maravilhosa, é uma vocação que permite cuidar as pessoas de igual modo como a si próprio, mas muito exigente! Por isso, esta profissão é muito difícil, mas, se gostar da profissão, em seguida, sentir-se-á realizado apenas executando atividades assentes na satisfação do utente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, na promoção do bem-estar e do conforto, na readaptação funcional e na organização dos Cuidados de enfermagem descritas nos padrões de qualidade de ordem dos enfermeiros.

Uma profissão entendida à luz das correntes atuais deverá possuir um corpo de conhecimentos organizado e definido, deverá funcionar de forma autónoma e reger-se por um código de ética.

A enfermagem é uma profissão antiga e jovem ao mesmo tempo. Com Florence Nightingale, pioneira da enfermagem (meados do século XIX), as bases da enfermagem profissional, assentam na consolidação da formação teórico-prática dos enfermeiros que se irá expandir ao nível universitário ao longo do século XX. Começou a perceber-se o objetivo de desenvolver o conhecimento como base para a prática de enfermagem (Idem, p. 16).

Apesar da existência da preocupação de preparar os enfermeiros da melhor forma para responderem às necessidades das populações, começa-se a observar que as instituições hospitalares pretendiam enfermeiros com boa dedicação e comportamento, observadores sagazes e discretos, que devem possuir responsabilidade na prática de cuidados de enfermagem, e colaborar na melhoria da qualidade do serviço de enfermagem.

Portanto, vamos prestar atenção à ideia de Nightingale que foi referida no estudo de Costa (2011, p.93):

*“Uma boa enfermeira deve ser uma pessoa com quem se possa contar, uma mulher de sentimentos delicados e recatados, observadora sagaz e discreta, sóbria e honesta, religiosa e devota, enfim, alguém que respeita a sua própria vocação porque a vida, a mais preciosa dádiva de Deus, é posta em suas mãos.”*

Das definições clássicas de enfermagem, destacamos a definição formulada por Virgínia Henderson referenciada por Tomey, (2004, p. 114) que descreve a função da enfermagem como: *“ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência”*.

O processo de enfermagem é sistemático por consistir em cinco passos: investigação, diagnóstico, planeamento, implementação e evolução, e humanizado, pois, ao planear os cuidados prestados, devem-se considerar os interesses, as ideias e os desejos do utente. *“As etapas do processo de enfermagem estão inter-relacionadas, um método de trabalho sistemático, que garantirá visibilidade e reconhecimento profissional, além de permitir uma avaliação da prática”* (Malagutti et al., 2010, p.120). O processo de Enfermagem envolve uma abordagem científica e sistemática no cuidado dos utentes e suas famílias.

No código de Ética dos profissionais de enfermagem, consta que a *“Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e na reabilitação das pessoas, respeitando os prescritos éticos e legais”* (Malagutti et al., 2010, p.272).

Pode afirma-se que a enfermagem científica é uma profissão relativamente nova. Data de meados do século XIX, quando Florence Nightingale inicia a sua carreira como superintendente de enfermagem na casa de Gentlemen, em Inglaterra, em 1853; na II Guerra Mundial, consegue reduzir de 42% para 2% o índice de mortalidade dos soldados em Scutari, na Turquia. A prática de enfermagem até ao momento em que o hospital se transformou em local de cura era então independente da prática médica, e as suas ações prendiam-se ao conforto de alma prioritariamente (evolução da enfermagem nos séculos XVII, XVIII, XIX e XX) (Malagutti, 2010).

Haddad, (2004, p. 5) ao citar Gualda afirma:

*“Nas últimas décadas a enfermagem tem procurado formas de compreender o ser humano e aprender o significado do cuidado e do cuidar, através de apropriação de teorias, conceitos e métodos gerados, desenvolvidos e utilizados em outras áreas do conhecimento que fazem parte das ciências humanas, tais como a filosofia, psicologia, sociologia e antropologia, dentre outras. Esta aproximação tem sido benéfica para um atendimento mais humano do cuidado à saúde e tem desvendado aspectos obscuros da humanização no contexto profissional”.*

A construção do papel do enfermeiro vai-se delineando e ganhando contornos específicos. O enfermeiro *“ volta-se para a esfera do operacional e é nela que ocorre a rutura definitiva que desvincula o enfermeiro do cuidado direto ao paciente. A partir daí o seu trabalho passa a ter como objetivo o controle do cenário e de desempenho dos subalternos – princípio da estratificação – a quem caberia definitivamente o cuidar delegado”* (Malagutti et al., 2010, p.45).

Na verdade, na sua longa história, a enfermagem sempre cuidou, e foi essa dimensão que a caracterizou, tanto antes, ainda em sua fase pré-profissional, quanto depois, ao ser elevada à categoria de profissão. No entanto, *“na fase atual, esse cuidar vem sendo redimensionado conceitualmente, contribuindo, segundo se entende, para aplicar a possibilidade de uma ação conjunta, interdisciplinar, entre os profissionais da saúde”* (Malagutti et al., 2010, p.97).

A enfermagem constitui-se como profissão autónoma, a partir do conhecimento produzido por várias disciplinas. Simultaneamente foi desenvolvendo a sua ação, na substituição das ações de autocuidado na pessoa debilitada e que ela própria faria se tivesse vontade, a capacidade e o conhecimento (Herderson, 2005). O autor Hesbeen (1998, p.28) referiu que *“Todas as pessoas têm que saber cuidar de si mas, em determinadas circunstâncias, podem necessitar da ajuda de um ou de outro perito”*.

Na Idade Média, a devoção a Deus associada ao cuidar dos irmãos cristãos, à necessidade de evitar que as pessoas morressem nas ruas e, ainda, a crença de que para cuidar os males do corpo era necessário primeiro tratar da alma, foram fatores que justificaram a centralização dos cuidados de enfermagem nos mosteiros. Em Portugal, já no século XV surgem as misericórdias que exerciam o cuidar do enfermo, numa perspetiva muito semelhante à essência de enfermagem. Apesar de nesta altura a enfermagem estar intrinsecamente associada à religião, surgem em 1834 os primeiros locais que prestavam

cuidados com mais qualidade, designados oficialmente por hospitais. Portugal, tal como os restantes países da época, reunia enfermeiros a trabalhar em condições precárias, socialmente mal reconhecidos e com escassa formação (Vieira, 2009).

Por outro lado, Vieira (2009, p.21) ao citar Adão (1956) refere que *“o exercício de enfermagem foi regulamentado e exigida a carteira profissional, cerca de 80% dos enfermeiros em exercício no país não tinham condições para o ser”*.

É neste contexto que mencionamos de seguida uma breve lista que retrata a evolução do perito em enfermagem em Portugal (Nunes, 2003; OE, 2010):

- 1881 – Surge o primeiro curso de enfermagem em Portugal, nos Hospitais da Universidade de Coimbra;
- 1918 – Decreto nº 4:563 de 9 de julho, cria-se a escola profissional de enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa, estabelecendo igualmente o Curso Geral e Curso Complementar de Enfermagem;
- 1920-1929 – Aparecimento das primeiras publicações profissionais destinadas a enfermeiros, que estão relacionadas com a expansão associativista registada nesta fase: *“Arquivo do Enfermeiro”* e *“O Enfermeiro Português”*
- 1930-1939 – Transformação da escola profissional de enfermagem em Escola de Enfermagem Artur Ravara, trocando as instalações do hospital de São Lázaro pelas do Hospital dos Capuchos. Foi sugerido a elaboração de um código da saúde. Surgem as primeiras escolas de enfermagem associadas a ordens religiosas, como a Escola de Enfermagem da Casa de Saúde da Boavista.
- 1940-1949 – Fundação da Escola Técnica de Lisboa, integrando um semestre de pré-aprendizagem. O decreto – lei nº 33.913 de 12 de março de 1942, refere que a enfermagem só pode ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas sem filhos. E o Decreto-lei nº 36: 219 de 10 de abril de 1947, criou novas Escolas, reestrutura outras, permite a instituição de cursos de Pré-Enfermagem e de Enfermagem Auxiliar; neste período é proibido o exercício público da Enfermagem sem diploma.
- 1950-1959 – Primeira reunião nacional dos profissionais de enfermagem. É aprovado o Regulamento das Escolas de Enfermagem. Três quartos dos alunos preferiam desempenhar funções de auxiliares de enfermagem, devido ao mau reconhecimento social e aos baixos salários.
- 1961 – 1974 – Desempenho de 46 enfermeiras portuguesas do Corpo de Enfermeiras Paraquedistas, na *“Guerra do Ultramar”* com o seu trabalho de recuperação e evacuação de feridos do campo de batalha. Foram as primeiras mulheres portuguesas que fizeram parte do Exército Português.
- 1962 – Criou a 1ª Direção de Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direção Geral dos Hospitais. E 1º Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação devido à Guerra Colonial.
- 1967 – Surge o Decreto-lei 48:166, de 27 de dezembro, estruturação das carreiras de enfermagem: hospitalar, saúde pública e de ensino.
- 1968 – Foi Criada a Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- 1973 – Realiza-se o primeiro Congresso Nacional de Enfermagem; foram defendidas questões como a integração do ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional e no Ensino Superior e a defesa do estatuto profissional.
- 1974 – Foi extinto o curso de auxiliares de enfermagem e conferido o título dos enfermeiros de 3ª classe aos auxiliares com três anos de serviço desempenhando as funções de enfermeiro;
- 1976 – Estipulam-se restrições à entrada de alunos nas faculdades mais procuradas, aumentando a procura nas escolas de enfermagem particulares;
- 1979 – Criação do Serviço Nacional de Saúde; o direito à saúde como um bem universal e gratuito.
- 1981 – É publicado o diploma da carreira de enfermagem Decreto-Lei (DL) 305/81;
- 1986 – Integração da profissão de enfermagem nas carreiras especiais da Função Pública;
- 1988 – Integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional a nível superior;
- 1990 – Publicada a Lei de Bases da Saúde; o regime de trabalho dos enfermeiros passa a cerca de 35 horas semanais e acrescido de 42 horas semanais.
- 1991 – Uma nova carreira da Enfermagem as três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria.

### Resultados dos cuidados de enfermagem

- 1996 – Publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); através do Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro.
- 1998 – O Estado Português cria a Ordem dos Enfermeiros (OE) como associação profissional de direito público no Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. Passa a ser obrigatório o registo de todos os enfermeiros; no seguinte publicava os Estatutos da OE que consagram o Código Deontológico dos Enfermeiros. Depois realizam-se as primeiras eleições para os órgãos da OE que elegeram a Enf.ª Mariana Diniz de Sousa a primeira Bastonária da Ordem dos Enfermeiros.
- 1999 – Depois de assinatura da Declaração de Bolonha, seguidamente, ocorre uma reestruturação de todo o Ensino Superior.
- 2000-2009 – Surgiu a década de afirmação da Ordem dos enfermeiros enquanto entidade que regula o exercício de Enfermagem Portuguesa. Também criou os Padrões de Qualidade de enfermagem e da definição das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, foi também nestes anos que teve início a discussão sobre o novo modelo de Desenvolvimento Profissional que culminou com aprovação da Lei 111/2009 de 16 de setembro, que procedeu à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pelo Decreto-lei nº. 104/98, de 21 de abril. Durante este período também tomaram posse os Órgãos Estatutários dos segundos e terceiros mandatos. Durante anos de árduo trabalho não só a nível nacional, como internacional, com a filiação da OE (ICN) ou a Federação Europeia de Enfermeiros (EFN).

Constata-se desta forma que demorou alguns anos a incutir oficialmente um cunho profissional à enfermagem, que no entanto nunca deixou de exercer a sua arte de bem cuidar do outro, mesmo nas circunstâncias mais adversas. Surge a necessidade de focar o conceito de profissional como sendo, segundo Amante, et al. (2006) “... *aquele que sabe mobilizar a sua subjetividade e a sua identidade profissional na vida profissional, obedecendo a uma ética e a regras deontológicas e atingindo um nível de excelência por possuir um corpus de saberes e um saber fazer reconhecido e valorizado*”. O mesmo autor acrescenta ainda que a competência das profissões visualiza-se nas ações estrategicamente estruturadas, que implicam não apenas um saber fazer mas também saber o que fazer e como fazer para obter um determinado fim (p. 5).

As autoras Conceição e Ramos (2004, p.33) referem ainda que “A experiência profissional, a nossa autoavaliação, o reconhecimento das nossas práticas são os vetores indicativos da nossa competência”.

Segundo o REPE (1996, p.21) enfermeiro é “*o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária*”. Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Em determinados momentos de doença, incapacidade ou falta de vontade e/ou de conhecimento, a pessoa precisa de cuidados, que apenas o enfermeiro, com o seu corpo de competências, conhecimento e saberes consegue promover (Vieira, 2009). Ainda o REPE veio, assim, estipular claramente o foco de atuação de enfermagem, e importa aqui salientar um dos seus primordiais artigos, artigo 4º, nº 1 - “*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável 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*”. O referido documento ainda classifica as formas de atuação em fazer por, orientar, ajudar, encaminhar, supervisor e avaliar resultados (REPE, 1996, p.15).

### **1.3 - Contributos da enfermagem para a saúde das populações**

Admita-se ou não, a enfermagem é uma profissão importante na área da saúde, na realidade os enfermeiros são os maiores grupos que ocupam o lugar indispensável no atendimento à saúde, devendo ser ele o líder da equipa da enfermagem por competência e não por imposição. Todavia isto é uma gestão de escolha pessoal e de seleção natural. Se o enfermeiro está preparado a exercer a sua função e ter responsabilidade social.

Na enfermagem concretiza-se com toda a ênfase possível o pressuposto de ter que existir em qualquer relação de ajuda emocional um ou mais indivíduos como motivadores; no ato de assistir, próprio da enfermagem, está implícita a arte da comunicação ligado ao desempenho das atividades integrais.

Os cuidados de enfermagem que estão ligados às funções de manutenção e de continuidade de vida enfatizam o papel autónomo do enfermeiro, mas também os cuidados de enfermagem efetuados sobre prescrição médica, aos que se realizam na presença de um médico responsável que pode intervir a qualquer momento na equipa multiprofissional, e aos que, enfim, se executam na situação de urgência.

Os cuidados de enfermagem, impregnados de uma tecnicidade necessária, inscrevem-se numa abordagem centrada na pessoa. Quer os cuidados que enfatizam o papel autónomo do enfermeiro, como os cuidados efetuados sob prescrição médica fazem apelo aos mesmos valores: a saúde, a prevenção, a respeito pela pessoa cuidada e a sua participação e o alívio do sofrimento.

Esta abordagem centrada na pessoa terá que orientar todos os enfermeiros que trabalham em qualquer serviço, seja um hospital ou comunidade onde se prestam cuidados de enfermagem. O mesmo se passa com os estudantes de enfermagem, os professores de enfermagem, os formadores e os responsáveis dos serviços que procuram formalizar as suas práticas com vista a transmiti-las e a avaliá-las.

Nomeadamente, os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na

garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial cuidados de enfermagem. Assim sendo, a necessidade de cumprimento, por parte dos respetivos profissionais, a um código deontológico implica o regulamento da tutela disciplinar da observância de tal código.

No estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Art.º 3º, n.º 1, *“a Ordem tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”* (OE, 2000 a 2001, p 22).

Todos os utentes, principalmente os doentes, necessitam de boa assistência de saúde, durante o internamento, subsistência e qualidade de vida. Também necessitam de ter perspectivas de continuidade à vida, ter garantido, assim, livre acesso às áreas da saúde. Por isso, todos os cidadãos têm direito ao acesso e facilidade à saúde. Esta excita na Constituição da República Democrática de Timor-Leste (RDTL) artigo 57, alínea 1º. *“Todos têm direito à saúde e à assistência médica e sanitária e o dever de as defender e promover”*.

Os cuidados de enfermagem são definidos pela entidade reguladora da profissão em Portugal (OE, 2002, p.8) da seguinte forma:

*“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem”*.

A tentativa de definição de cuidados de enfermagem de Hesbeen (2000, p. 67) sintetiza e apoia, de alguma forma, o que ao longo deste subcapítulo foi apresentado, nomeadamente a multidimensionalidade e vastidão que os cuidados de enfermagem integram:

*Os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares - ou a um grupo de pessoas - com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles*

*profissionais de enfermagem. Os cuidados de enfermagem inscrevem-se assim num cação interpessoal e compreendem tudo o que as enfermeiras e os enfermeiros fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.*

## 2. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Gestão é “o processo de se conseguir obter resultados (bens ou serviços) com o esforço dos outros” Teixeira, 2013, p. 5). A gestão pressupõe a existência de uma organização, isto é, várias pessoas que desenvolvem uma atividade em conjunto para melhor atingirem objetivos comuns. Por outro lado, Carvalho, et al., (2014) pode-se considerar “a gestão como o processo de administração e coordenação de recursos de forma eficaz e eficiente de modo a atingir os objetivos da organização” (p. 39).

Definição do conceito de administração consideram uma arte, uma profissão e um processo é também uma ciência, pois apesar dos princípios de administração poderem ser aprendidos, nem todos desenvolvem competências que lhes permitam exercê-la com eficácia e eficiência, daí que Follett (1994) citado por Daft (199) considerar que, administração é a arte de conseguir fazer as coisas por intermédio das pessoas (Parreira, 2005, 32).

Por outro lado, verificamos da leitura de vários autores, uma partilha desta visão “(...) processo de planejar, organizar, dirigir e controlar, o uso de recursos a fim de alcançar objetivos” (Chiavenato, 1999); “processo de planejar, organizar, liderar e controlar o trabalho dos membros da organização, e usar todos os recursos disponíveis da organização para alcançar os objetivos estabelecidos” (Stoner & Freeman, 1995) (citado por Parreira, 2005, p. 32-33).

Parreira (2005) referencia Megginson (1986) ao falar que a palavra gestão/administração está associada a uma série de palavras como “autoridade, poder, influência, comando, satisfação, realização de atividades, eficiência, desempenho, estatuto, estima, respeito, prestígio, desafio, oportunidade”. Todos eles contribuem para realçar uma abordagem parcelar dum conceito complexo, que só poderá ser consistente se integrarmos todas as partes. (p.31).

Para atingir as metas da organização, o mesmo autor citado, afirmou que a administração pode também ser definida como “a condição racional das atividades de uma organização”, sendo“ (...) imprescindível para a existência, sobrevivência e sucesso das organizações” (p. 31).

A Gestão é uma área de intervenção da enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde. A enfermagem tem a responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde, a nível local, nacional e internacional, através de papéis de gestão e liderança, e através das associações profissionais de enfermagem. A necessidade de excelência da gestão em enfermagem e dos serviços de cuidados de saúde tem de ser ativamente promovida.

Os gestores em enfermagem têm de ser diretamente responsáveis pela gestão dos serviços de enfermagem e que estão bem equipados para gerir outros serviços de saúde. E também têm um papel na promoção de uma educação sólida para a gestão e a liderança, podem auxiliar, identificando oportunidades relevantes e promovendo-as junto dos membros. Assim, os enfermeiros, a nível individual, devem assumir a responsabilidade pela sua própria formação, desenvolvimento e capacidade para a planear e gerir estrategicamente (ICN, 2000).

A liderança de enfermagem, através de associações profissionais de enfermeiros, desenvolve a profissão e posiciona-a estrategicamente para influir no planeamento e nas políticas de saúde, bem como a criação de um ambiente de condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros precisam de selecionar programas uni-disciplinares ou multidisciplinares que os preparem efetivamente para a gestão, desenvolvimento de políticas e liderança em diferentes contextos ou etapas do seu desenvolvimento profissional e da sua carreira. As realizações dos gestores em enfermagem precisam de ser recompensadas da mesma forma que para os outros gestores. Assim sendo, os gestores em enfermagem precisam de demonstrar as vantagens da sua inclusão em posições chave. Então, devem aplicar-se aos gestores em enfermagem as classificações apropriadas ao cargo, equivalentes às de outros gestores ao mesmo nível e segundo os respetivos atributos profissionais e nível de responsabilidade.

## **2.1. Competências dos Enfermeiros gestores**

Enfermeiro Gestor é o enfermeiro com 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 (Ruthes & Cunha, 2009).

Os enfermeiros com funções de gestão, como profissionais de saúde que fazem parte do sistema de saúde, deverão preparar-se para enfrentar as constantes mutações tecnológicas, organizacionais e humanas (Ruthes & Cunha, 2009). Uma das formas será através do desenvolvimento das competências necessárias para o melhor desempenho da sua função.

A nova carreira de enfermagem, em Portugal, divide-se em duas categorias: a de Enfermeiro e a de Enfermeiro Principal (Decreto-lei 247/2009 e Decreto-lei 248/2009, de 22 de Setembro). As funções de gestão dos enfermeiros estão enquadradas na categoria de Enfermeiro Principal e, podem, também, ser encontradas nos regimes jurídicos da gestão hospitalar (Lei nº 27/2002 e Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto), na organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto e Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro), e no regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiares (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto).

No regime jurídico da gestão hospitalar são descritas as competências do enfermeiro diretor, e as competências do enfermeiro chefe de serviço. Relativamente à legislação referida sobre os cuidados de saúde primários, os enfermeiros podem exercer funções de gestão, como coordenadores das Unidades de Cuidados Continuados (UCC) e também são eles que podem ocupar o lugar de Vogal no Conselho Clínico dos ACES. A nível das Unidades de Saúde Familiares (USF), os enfermeiros têm funções de gestão quando pertencem ao conselho geral ou ao conselho técnico dessas unidades.

A aplicação das competências à profissão de enfermagem não é um assunto novo, o ICN indica que a definição de um quadro de competências em enfermagem possibilita uma clara demonstração das funções e responsabilidades destes profissionais (ICN, 2003). São

vários os trabalhos publicados quer nacional, quer internacionalmente sobre as competências dos profissionais de enfermagem. A nível nacional, salientamos as publicações da OE onde são definidas competências para diferentes funções destes profissionais. Contudo, relativamente às competências para enfermeiros com funções de gestão não encontramos qualquer menção. A nível internacional já foi possível recolher alguns estudos sobre esta temática (Reid e Weller, 2010; AACN, 2007; AONE, 2005).

O enfermeiro gestor tem tarefas diretamente relacionadas com os pacientes mas também de liderança de uma equipa de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem, e de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros. Também cabe ao enfermeiro chefe fazer a ligação entre a administração da instituição de saúde e o seu serviço, e entre este e outros serviços existentes na instituição. Por exemplo, entre o Serviço de Enfermagem Materno-Infantil; Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica; Serviço de Enfermagem em Ambulatório; Serviço de Enfermagem em UCI Neonatal; Serviço de Enfermagem em UCI Adulto, (...) de um hospital. Em muitas instituições com vários serviços de enfermagem existe um órgão (comissão executiva, de coordenação, ...) onde os enfermeiros-gestores responsáveis pelos diferentes serviços se reúnem, discutem e tomam decisões sobre problemas de interesse comum.

Um enfermeiro gestor tem, ainda entre as suas tarefas, a elaboração de manuais para os procedimentos administrativos, a requisição de equipamentos e consumíveis, a gestão do inventário, a gestão dos documentos, escalas de pessoal, (...). (Henriques *et al.*, 2014).

Quando se trata de definir as competências-chave de um enfermeiro, alguns autores chamam a atenção para o facto de, num mundo globalizado e onde as exigências são cada vez maiores, os enfermeiros precisarem de possuir, não apenas competências “de enfermagem” mas também competências “de gestão”, uma vez que a enfermagem é cada vez mais vista como uma atividade de gestão de cuidados. E defendem que essa realidade se deve refletir na formação inicial dos enfermeiros e também na sua formação contínua (Cunha & Neto, 2006). Outros autores, na mesma linha, consideram que as competências gerais dos profissionais de saúde são essencialmente “competências de gestão”: atenção à saúde, capacidade de tomada de decisões, comunicação, liderança, capacidade de administração e gestão, educação permanente (Peres & Ciampone, 2006).

O *Nursing Leadership Institute* dos Estados Unidos, por sua vez, definiu um conjunto de competências básicas para um enfermeiro-gestor: poder pessoal, eficácia interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, atenção aos pacientes, funcionários e a si próprio, e pensamento sistematizado. Ao mesmo tempo, foram indicadas como qualidades adicionais o otimismo e a resiliência. Esta definição destaca três categorias de competências ou qualidades que um enfermeiro-gestor precisa de ter: qualidades ou competências individuais (saber, competência técnica, (...)), qualidades ou competências na sua relação com o grupo de colegas que o rodeia (capacidade de liderança e de interação, etc.) e qualidades ou competências na sua relação com a instituição para a qual trabalha (capacidade de gestão de recursos humanos, físicos, financeiros, etc., capacidade de negociação) (Cunha & Neto, 2006).

De acordo com Frelman et al., (2008) referencia ao Cianciarrulo, ao descrever como competências-chave o conjunto dos conhecimentos (“saber”), habilidades (“saber fazer”), atitudes (“saber-ser-agir”), (“saber transformar”), (“Aprender”). Mas os críticos fazem notar que o facto de alguém possuir determinados conhecimentos, habilidades e atitudes não garante por si que essa pessoa será capaz de os pôr em prática e contribuir para a melhoria da qualidade na sua instituição, e chamam a atenção para outras qualidades que também são importantes nos enfermeiros-gestores: a criatividade e capacidade de inovação. Defendem por isso que as instituições de saúde devem promover um ambiente profissional onde haja espaço para o aparecimento e aplicação de novas ideias, onde os gestores devem estar abertos às sugestões e propostas daqueles que com eles trabalham.

A criação de um ambiente que promova a criatividade e inovação, em que todos sejam estimulados a pensar em que modos podem melhor realizar as suas tarefas, com maior eficácia e eficiência, é por isso também uma responsabilidade do enfermeiro-gestor. A promoção da criatividade e inovação promove o capital humano que existe em qualquer instituição e, desse modo, pode contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

O Gestor em enfermagem para ser eficiente: assume a liderança do grupo, empenha-se ativamente no planeamento do trabalho atual e futuro do grupo, fornece orientações aos membros do *staff* relativamente ao modo como o trabalho deve ser feito, avalia o trabalho feito pelos membros do *staff*, a fim de manter a qualidade e a produtividade, reconhece e recompensa a qualidade e a produtividade, fomenta o desenvolvimento de todos os membros do *staff*, e representa tanto a administração como os membros do *staff*.

Esta noção de “capital humano”, definido como um conjunto de conhecimentos, treino e capacidades das pessoas que lhes permitem realizar trabalhos úteis com diferentes graus de complexidade e especialização (Ruthes et al., 2009), é também relevante quando se fala nas competências que deve ter um enfermeiro gestor, pois cabe-lhe valorizar o capital humano que existe no seu serviço, através da supervisão, formação, gestão das carreiras e remuneração dos que com eles trabalham, a fim de os motivar a melhorarem o seu desempenho e, desse modo, a qualidade dos serviços prestados.

Há ainda um outro aspeto a ter em conta quando se fala nas competências de um enfermeiro-gestor. Pela posição que ocupa, o enfermeiro-gestor está na interface entre a administração da instituição e o seu serviço. Também é da sua competência o relacionamento com os outros serviços de enfermagem. O poder de decisão nas instituições de saúde é partilhado por vários grupos profissionais: por exemplo, os gestores hospitalares ou dos centros de saúde são responsáveis pelas decisões de gestão e administrativas, os médicos são responsáveis pelas decisões clínicas, os enfermeiros pelas decisões sobre cuidados de saúde.

As competências-chave dos enfermeiros gestores acima indicadas são muito importantes para as tarefas que tem de realizar a fim de implementar, monitorizar e garantir a qualidade dos cuidados de saúde no serviço que dirige. Ao enfermeiro-chefe compete transmitir a política de qualidade definida pela instituição de saúde aos restantes colegas que trabalham num determinado serviço sob as suas ordens. Mas, para além disso, compete-lhe pôr em prática, com a colaboração de todos, o plano de qualidade que tinha sido definido para a instituição e, em particular, ver de que modo as orientações genéricas desse plano se podem traduzir em ações concretas no seu serviço.

Para uma implementação efetiva de um Sistema Gestão de Qualidade (SGQ) no seu serviço, devem os enfermeiros-gestores identificarem todos os processos que são realizados sob a sua responsabilidade, ou seja, todas as atividades que são feitas por enfermeiros, descrevendo-os e definindo indicadores (quantitativos, qualitativos) que permitam a sua monitorização. Esse trabalho resulta na elaboração de documentos tais como manuais de procedimentos e fluxogramas, que definem por escrito e graficamente o modo como determinadas tarefas devem ser realizadas. A elaboração de um manual de qualidade, definindo de que modo a qualidade é definida e medido no serviço é, porventura, a última fase na implementação de um SGQ.

Em seguida apresenta-se um exemplo prático de como uma política de monitorização da qualidade pode ser implementada em serviços de enfermagem, através da construção de indicadores quantitativos. Embora não seja uma tarefa exclusiva dos enfermeiros-gestores, trata-se de um exercício em que estes deverão ter uma contribuição muito importante.

O Enfermeiro Gestor sustenta a sua atividade no conhecimento aprofundado da enfermagem e da profissão de enfermeiro, demonstra capacidade de desenvolvimento da disciplina e da profissão, em contexto de ensino, formação e investigação; aplica os conhecimentos na resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a gestão; tem capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem, devem ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; tem competência que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida, traduzida num conjunto de competências específicas relativas ao campo de intervenção.

A definição das competências do enfermeiro gestor é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências de gestão, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

O enfermeiro gestor tem hoje as competências que garantem a segurança dos cuidados prestados nas organizações, das práticas, das dotações e do conhecimento que consubstanciam a segurança do cliente, enquanto pivô que garante a efetividade, na proximidade dos cuidados prestados, na liderança dos projetos de saúde e na garantia de condições para um exercício profissional de excelência. Envolve também a dimensão formativa e de desenvolvimento dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

A clara definição das competências específicas do enfermeiro gestor, aumentará a visibilidade e a credibilidade da atividade de gestão, contribuindo para a edificação do perfil de competências e a credibilidade dos cuidados prestados e para a clarificação do conteúdo

funcional e do processo de avaliação dos resultados da prática dos gestores, promovendo a divulgação das boas práticas, num clima de *benchmarking* altamente eficaz na prossecução dos objetivos organizacionais.

A responsabilidade do enfermeiro gestor para com o cidadão implica a explicitação e clarificação da sua atividade recorrendo-se de instrumentos estruturantes para a prática, nomeadamente com a apresentação de indicadores de processo e resultado, pois são estes o que melhor demonstram a melhoria das práticas baseadas na evidência e maior eficiência na gestão dos recursos disponíveis.

O quadro de competência proposto enquadra-se no padrão de qualidade “Organização dos cuidados de enfermagem” definido pela Ordem dos Enfermeiros e desenvolve-se por quatro domínios de intervenção da prática gestonária dos enfermeiros.

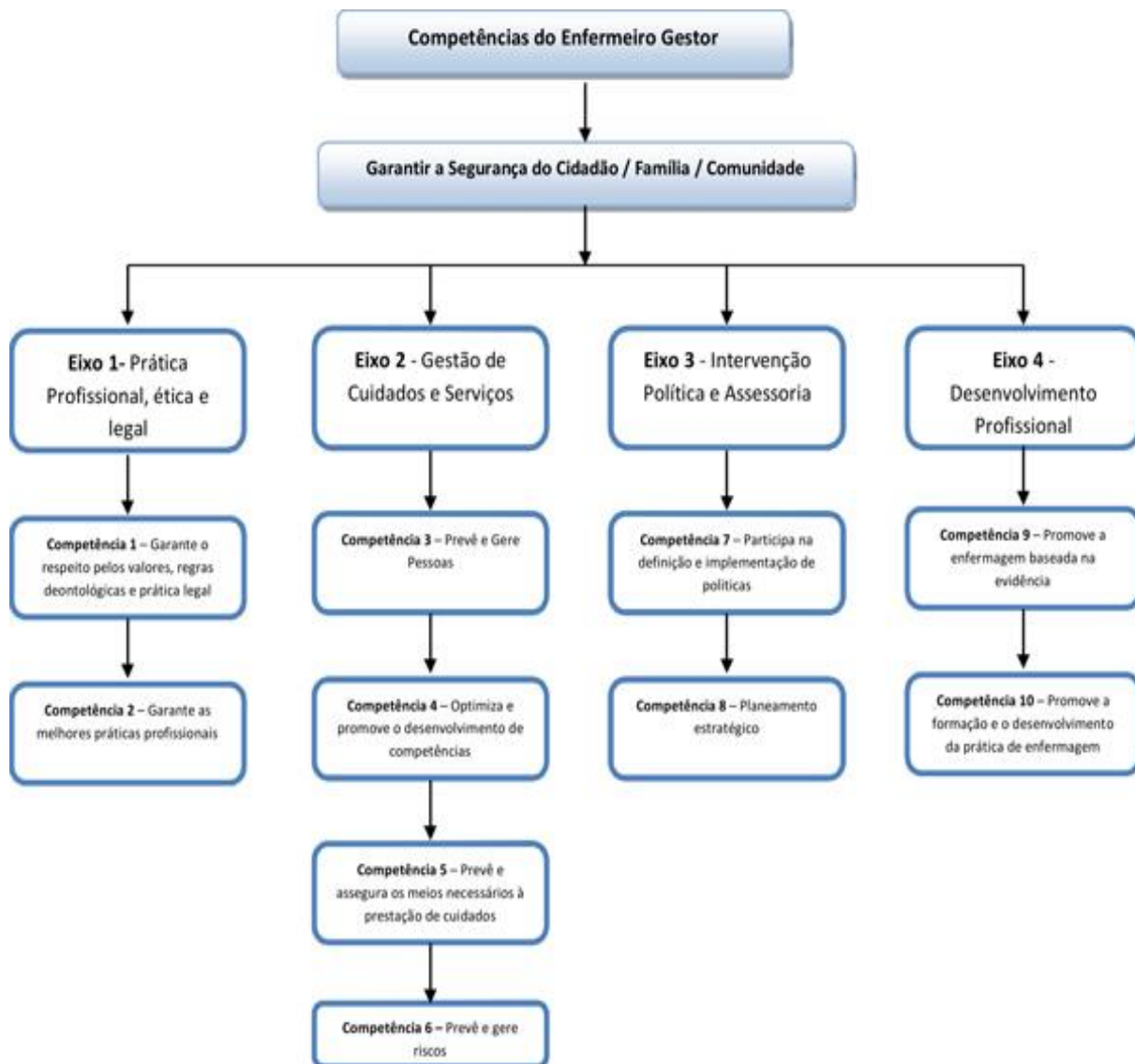
Os Enfermeiros gestores são profissionais habilitados técnicos e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.

A qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão diretamente relacionados com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão – enfermeiros gestores competentes determinam cuidados de qualidade.

Assim sendo, o enfermeiro gestor executa as tarefas seguintes:

- ✓ Garante o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal;
- ✓ Garante as melhores práticas profissionais;
- ✓ Prevê necessidades e gere pessoas;
- ✓ Otimiza e promove o desenvolvimento de competências;
- ✓ Prevê e assegura os meios necessários à prestação de cuidados;
- ✓ Prevê e gere riscos;
- ✓ Participa na definição e implementação de políticas;
- ✓ Plano estratégico;
- ✓ Promove a enfermagem baseada na evidência;
- ✓ Promove a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem (competências e atividades do enfermeiro gestores (anexo I) (Figura 1).

Figura 1 - Competências do enfermeiro gestor



Fonte: APEGEL, 2014/2015.

## 2.2. Processos de Gestão

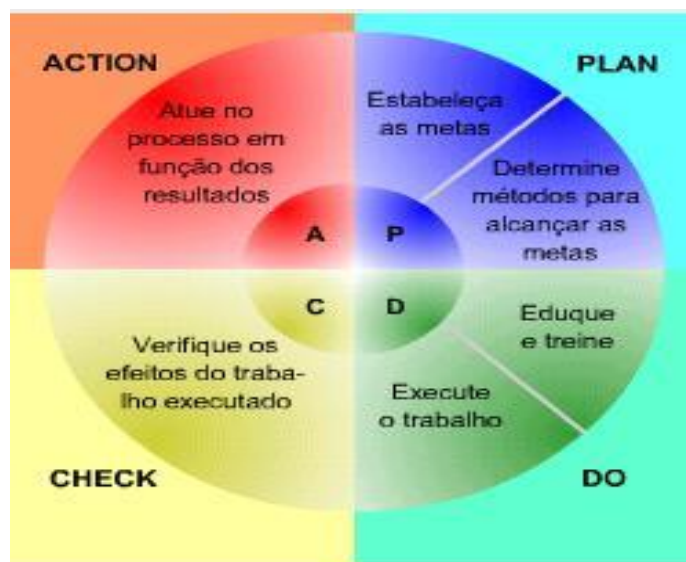
A qualidade da sua gestão é provavelmente o fator principal e mais significativo na determinação do desempenho e do sucesso da organização. Processo de se conseguir obter resultados da organização com o esforço dos outros para organizar, coordenar, dirigir o trabalho em equipa.

Segundo Alves (2009), para a operacionalização do conceito normalmente segue-se o ciclo de Deming (PDCA) que é um método de gestão utilizado para controlar o processo, com as fases básicas:

- ✓ *PLAN* (plano) – as atividades deverão ser planeadas, estabelecer uma meta e o método, identificar o problema, analisar o processo e elaborar um plano de ação.
- ✓ *DO* (executar) – realizar, executar as atividades conforme o plano de ação.
- ✓ *CHECK* (verificar) – fase de monitorização e avaliação, onde se verifica a adequação entre o que foi planeado e os resultados obtidos;
- ✓ *ACT* (agir) – definir soluções para os problemas observados com aperfeiçoamento contínuo, para melhorar o processo de gestão da Qualidade Total.

Ainda, para o mesmo autor, só através de planeamento, controlo e monitorização sistemático se poderá atingir uma melhoria contínua eficaz que deverá ser integrada num controlo de qualidade global da organização. (Diagrama 1).

**Diagrama 1: Ferramentas / metodologias empregadas nos serviços de saúde em busca da qualidade do Ciclo de Deming**



Fonte: Manual de Ferramentas da Qualidade SEBRAE, 2005.

A gestão da qualidade já percorreu um longo caminho até chegar aos dias de hoje, por isso, a história da qualidade pode ser narrada de diversas formas. A literatura vem evidenciando *que “o conceito ou a filosofia da qualidade existe desde há muito, apenas divergindo quanto ao seu início”* (António et al., 2007).

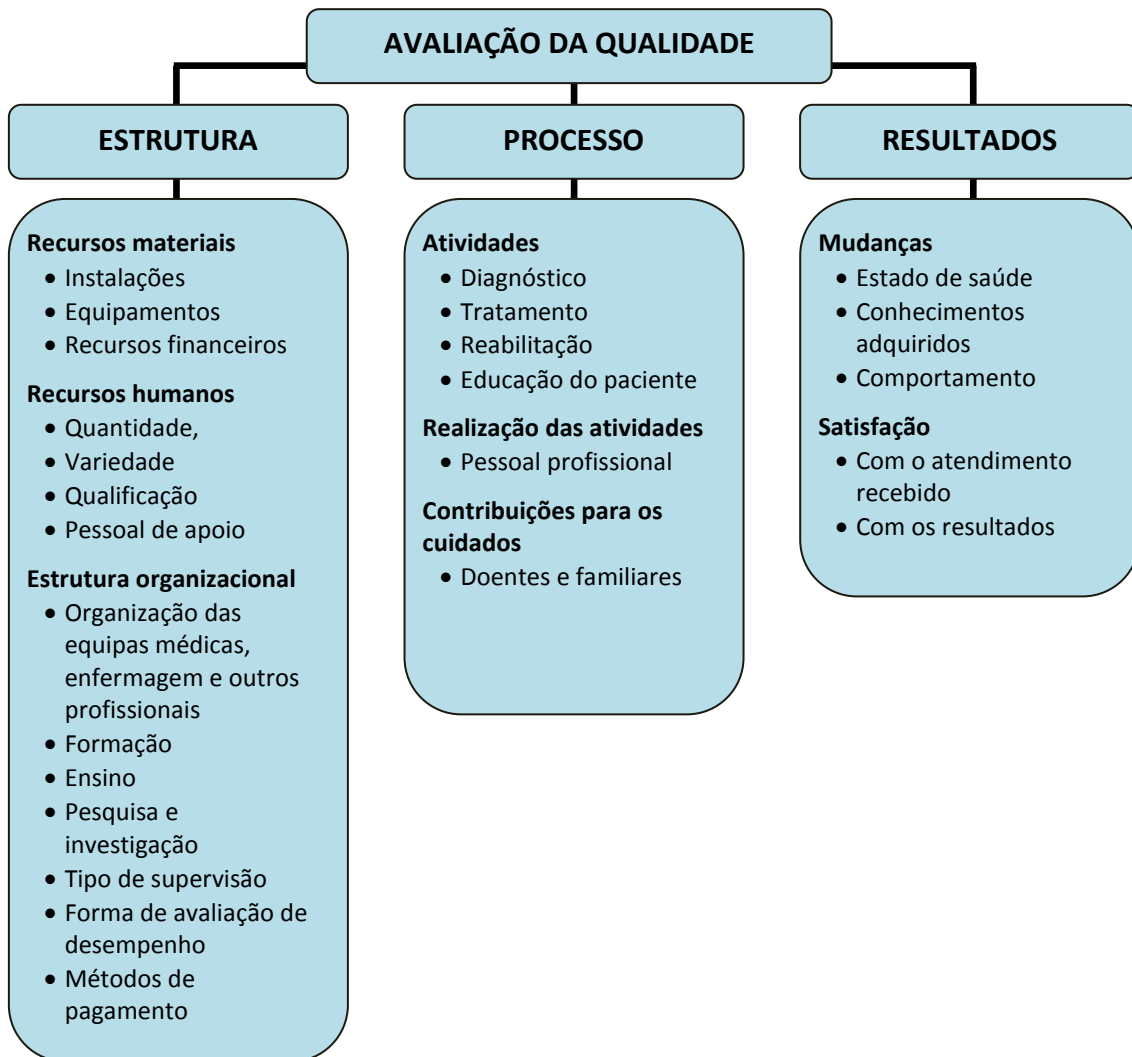
A focalização no cliente e a melhoria contínua da qualidade é defendida, valorizada e integrada no SGQ pelos teóricos clássicos como Crosby Juran, Feigenbaum e Deming conforme referencia Pereira (2013; p. 115). O mesmo autor também identifica três categorias sobre as vantagens do SGQ para as pessoas: pessoa “cliente” (melhoria contínua, acessibilidade à informação, satisfação e rapidez no serviço solicitado); pessoa “colaborador” (satisfação, segurança no trabalho, desempenho profissional, integração, autonomia, motivação, relação interpessoal, formação profissional, eficiência e eficácia, autoestima, etc); pessoa “fornecedor” (acessibilidade à informação, rigor e transparência).

Segundo Mezomo (2001, p. 73) considera Donabedian o “grande mestre da qualidade em saúde,” que “desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade que se tornou o padrão no domínio dos serviços de saúde”. Apesar da contribuição de outros autores, o modelo de medição de prestação de cuidados de saúde, usado atualmente, é o modelo de Donabedian (WHO, 2010).

Este modelo foi “introduzido pela primeira vez em 1966” (WHO, 2010), e consiste na avaliação da qualidade em saúde, assente em três componentes essenciais: estrutura, processo e resultados.

Esta tríade de aspetos essenciais para avaliação da qualidade, referida por diversos autores como por exemplo Maia et al. (2008), Hayes (2007), Komashie et al. (2007), Hurst (2005), Paneque (2004), Revere et al. (2004), Mezomo (2001) e a própria WHO (2010), é entendida conforme a descrição efetuada na figura seguinte. (Figura 2).

Figura 2 - Aspetos para a avaliação da qualidade



Fontes: (adaptado Donabedian, 2003)

Donabedian (2003), considera que o seu modelo, devido à sua simplicidade e capacidade de utilização intuitiva, foi amplamente aceite, embora nem sempre bem entendido ou bem utilizado. Na verdade tem havido algumas sugestões no sentido de alterar e/ou acrescentar algumas mais-valias ao modelo de Donabedian, assim como também tem existido controvérsias mais ou menos relevantes em relação ao referido modelo.

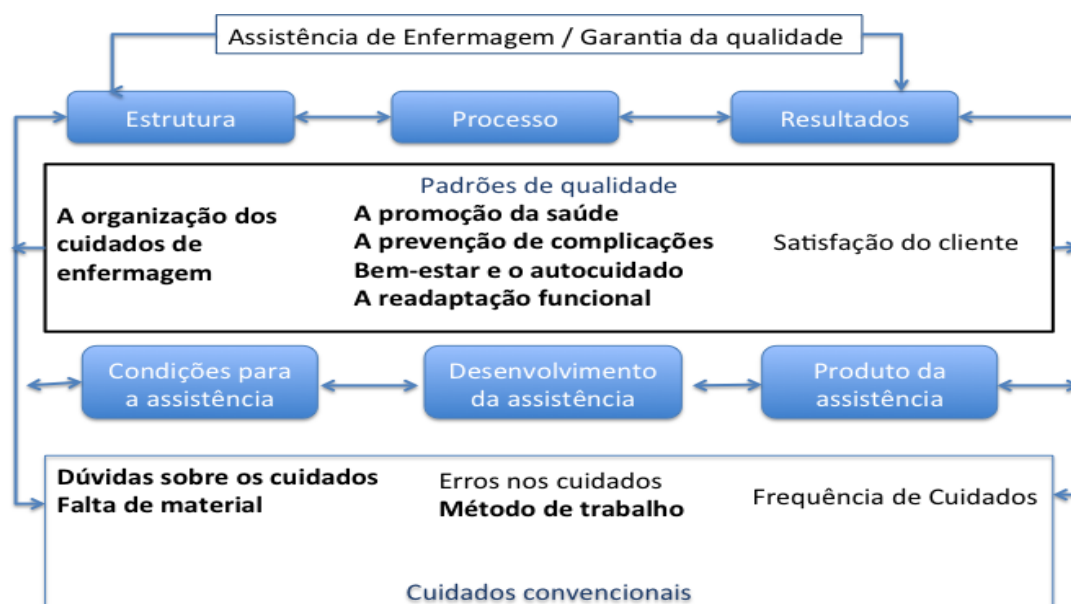
Neste sentido Mezomo (2001) defende que a administração da qualidade pressupõe uma administração participativa; trabalho em equipa; um processo de educação contínua de todos e a todos os níveis da organização; o compromisso e envolvimento de todos na melhoria contínua da qualidade; a utilização de uma metodologia na resolução de problemas; apoio à

mudança, à criatividade e à inovação; a definição da missão da organização; uma visão de futuro; a utilização de práticas de *benchmarking*; uma avaliação permanente; e tomada de decisões fundamentadas em dados objetivos e não por intuição (p. 116).

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 recursos materiais e financeiros, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), 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. (Figura 3).

Este mesmo autor relata que na redefinição do sentido da qualidade, deve-se desenvolver a base científica para mensurar a efetividade e a eficiência; equilibrar a assistência prestada nos aspetos técnicos e nas relações interpessoais; equilibrar na assistência, a efetividade e os custos, assim como, os valores individuais e sociais.

Figura 3 - Relação entre estrutura, processo e resultado e o desenvolvimento do estudo



Fonte: (adaptado Donabedian, 2003, p. 47)

A qualidade apresenta três dimensões – estrutura, processo e resultado – (Donabedian, 2003). Os indicadores de estrutura têm relevância semelhante aos indicadores de resultado, e nas organizações tendem a ser atendidos de modo antecipatório, uma vez que se inscrevem nas condições da organização como: as condições físicas dos serviços, as condições hoteleiras, o equipamento existente para providenciar os cuidados ou a gestão dos recursos humanos tais como os rácios enfermeiro-cliente, entre outros. Os processos de melhoria da qualidade são por vezes, associados a ideias de que é necessário melhores condições para se proporcionar melhor qualidade, o que se apresenta congruente com a percepção dos enfermeiros. No entanto, a questão não se coloca na estrutura existente que influencia os resultados, mas antes, nos resultados que se podem obter com a estrutura existente.

### **2.3. Sistema de classificação de doentes**

Em Portugal, o Sistema de Classificação de Doentes baseada em níveis de dependência de cuidados em Enfermagem (SCD/E), começou a ser desenvolvido em Portugal desde 1987, integrado no programa “Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde (SIGSS). O SCD/E consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, e seguidamente, de acordo com as suas necessidades de informação e conhecimento, que permite facilitar a comunicação entre serviços e entre Hospitais, para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. E portanto, sobretudo, otimiza a gestão de recursos de enfermagem ao produzir indicadores de gestão de qualidade, de eficácia e de eficiência (Relatório anual ACSS, 2011).

De acordo com Ascensão (2010) o desenvolvimento de sistemas de classificação de doentes surgiu do desenvolvimento de uma investigação nos Estados Unidos da América durante a década de 70 e início da década de 80, em que adveio da necessidade de sistematizar a informação referente aos produtos de um hospital, isto é, perceber onde se despendem recursos, o que permite constituir grupo de doentes com determinadas características, o que possibilitou a compreensão do consumo de recursos num hospital. Segundo o relatório anual de Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2008) sobre o SCD/E, este sistema está a ser utilizado em 363 serviços/unidades de 53 unidades hospitalares,

em que a média global de Horas de Cuidados Prestados por dia de internamento (HCP) é de 3.61 horas e as Horas de Cuidados Necessárias por dia de internamento (HCN) é de 5.53 horas, o que corresponde a uma diferença negativa de 1.92 horas. Utilizando o indicador de equivalente a tempo completo (ETC), permite concluir que os recursos de enfermagem nos hospitais continuam poucos, pois evidencia que com estes dados os hospitais necessitariam de 3.178,40 enfermeiros (ACSS, 2008).

De acordo com Parreira, (2005), definiu-se que “o Sistema de Classificação de Doentes (SCD) consiste na categorização dos doentes de acordo com o grau de dependência em cuidados de enfermagem e pretende determinar o número de horas necessárias para prestar cuidados de enfermagem a cada utente, permitindo quantificar o número total de horas de cuidados necessários para cada unidade de internamento ou total de serviço de internamento” (p.236).

Seguidamente, os objetivos do SCD referem: - dotar os hospitais de um instrumento de medida das horas de trabalho em cuidados de enfermagem necessárias; - desenvolver com os hospitais aplicações que auxiliem no planeamento e gestão efetivos, otimizando a utilização do fator humano em função dos recursos de enfermagem disponíveis (p.238).

Além disso, a dotação de enfermeiros a nível dos serviços de internamento deverá ter em conta a taxa de ocupação, a lotação oficial, as horas de cuidados necessários por dia de internamento e as horas de trabalho por ano por enfermeiro. O mesmo autor afirma que, atualmente, este sistema encontra-se informatizado através da aplicação informática “Sistema de Classificação de Doentes, baseado em níveis de dependência de cuidados de Enfermagem (SCD/E) nos hospitais”, permitindo a sua interligação com o sistema de gestão de doentes hospitalares.

**Apresenta a seguinte fórmula:**

$$EN = \frac{Lo * To * H.C.N/D.I. * 36}{T}$$

$$TO = \frac{\text{numero total de dias de internamento no ano}}{N.^{\circ} \text{ de camas} * 365}$$

EN = N.º enfermeiros necessários

Lo = Lotação Oficial (nº de camas)

To = Taxa de ocupação

H.C.N / D.I = Horas de Cuidados Necessárias por doente por dia de internamento

T = Horas de trabalho por ano por enfermeiro

Ascensão (2010) referencia Urbanos e Bentes ao considerarem que este tipo de sistemas de classificação deve servir de base na comunicação entre gestores e profissionais de saúde, uma vez que possibilita ter conhecimento do que se produz, do gasto de recursos e quais os fatores que influenciaram o consumo de recursos.

O mesmo autor referencia Veiga et al., ao descrever que as atividades principais de enfermagem encontram-se divididas por nove categorias, nomeadamente; higiene e cuidados pessoais, alimentação, movimentação, eliminação, terapêutica, tratamentos, sinais vitais e outras avaliações, atividades especiais e avaliação e planeamento de cuidados. Relativamente aos níveis de dependência, foram identificados: independente, ajuda parcial, ajuda total e ajuda total com cuidados especiais. Estas categorias tiveram por base o grande impacto que tem o trabalho dos enfermeiros, decorrem de prescrições dependentes e interdependentes e estão relacionados com o âmbito da prestação de cuidados de enfermagem (p. 57).

#### **2.4. Processo de Enfermagem**

O cuidado de enfermagem é um fator-chave na obtenção de resultados positivos para o paciente e na manutenção, reabilitação e prevenção de certos aspetos do cuidado de saúde.

Originalmente, o conceito de processo de enfermagem foi introduzido na década de 50 como um processo de três etapas: histórico, plano e evolução com base no método científico de observação, mensuração, obtenção de dados e análise dos achados. Ao longo do tempo este processo utilizou parte do referencial conceptual de todos os currículos de enfermagem e foi aceite esta definição legal da enfermagem na lei do exercício profissional na maior parte dos estudos. Porém, anos de pesquisa, uso e refinamento levaram os enfermeiros a expandir o processo de enfermagem para cinco etapas: (1) – histórico, incluindo a avaliação orientada

(colheita sistemática de dados dos pacientes e seus problemas/necessidades); (2) – identificação dos problemas (análise e interpretação de dados); (3) – planeamento (escolha das soluções, priorização e estabelecimentos de metas), (4) – implementação (colocação do plano de ação) e (5) – evolução (avaliação da eficácia do plano e alteração do plano conforme indicado pelo necessidades atuais). Estas cinco etapas são centrais para as ações de enfermagem e para a prestação de um cuidado de alta qualidade (Doenges, 2000, p.7).

O Processo de Enfermagem (PE) consiste numa dinâmica de ações sistematizadas que definem o alcance da prática de enfermagem e visam a assistência ao paciente. Esse processo caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas etapas, que consistem no histórico, identificação (diagnóstico), planeamento, implementação e avaliação (prescrições de enfermagem). Quando o paciente entra no sistema de cuidado de saúde, o enfermeiro implementa as etapas do processo de enfermagem para alcançar os resultados e as metas desejadas para o utente. Se os problemas não foram resolvidos, os planos deverão ser feitos por meio de um histórico mais amplo, pelas alterações das metas e resultados.

O PE é um método de organização e prestação dos cuidados de enfermagem, tendo como componente a investigação diagnóstica de enfermagem, planeamento, implementação e avaliação, os quais fornecem a estrutura organizacional para a realização de propósito do processo (Figuereirado et al.; citado por Andrade, 2009). Este método representa um instrumento no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem que proporciona uma abordagem para a resolução de problemas de forma ordenada, lógica, e utilizando uma metodologia científica para a gestão de cuidados de enfermagem, de forma que as necessidades que os utentes têm desses cuidados sejam satisfeitas de maneira personalizada global e eficaz.

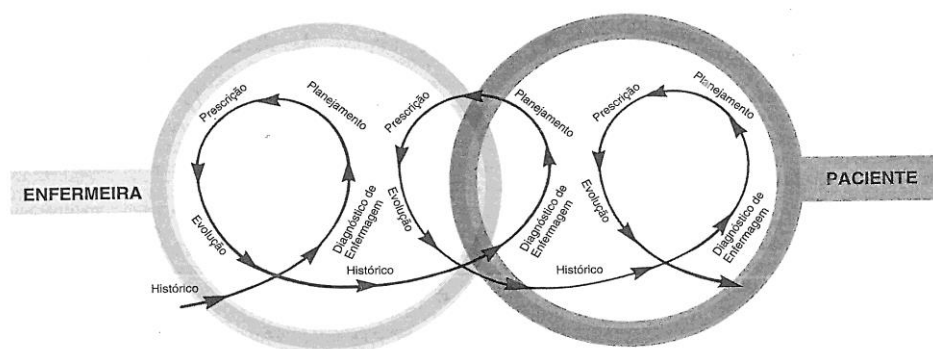
O processo de enfermagem é usado para ajudar os enfermeiros, sistematicamente, na prática de resolução de problemas de enfermagem. Usando esse método, o enfermeiro pode demonstrar a responsabilidade do requerente e a responsabilidade no cliente, famílias e comunidades, para que a qualidade da prática de enfermagem nas comunidades possa ser melhorada e é um método eficiente na tomada de decisão clínica e resolução de problemas de real ou potencial importância, bem como na manutenção da saúde.

O processo combina todas as competências da reflexão crítica e cria um método ativo de resolução do problema que tanto é dinâmico quanto cíclico e que tem sustentabilidade no

processo de implementação de um plano de cuidados de enfermagem. Por exemplo: American Association of Critical-Care Nursing (AACN) reafirma a necessidade de um referencial comum de comunicação e documentação. Relativamente a este processo, uma série de publicações que ajudam a operacionalizar o trabalho de enfermagem foi publicada da American Nurses Association (ANA) Social Policy Statement (1980), que definiu a enfermagem como “ o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais e potenciais”, assim como da ANA Standards of Clinical Nursing Practice (1991), que escreve o processo de cuidado do utente e os padrões para o desempenho profissional, proporcionam um impulso e um apoio para a utilização do diagnóstico de enfermagem no ambiente da prática. (Doenges, 2000, p.9).

Consideramos ainda o trabalho da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para desenvolver os termos diagnósticos de enfermagem sendo completado pelo Iowa Intervention Project (IIP): Nursing Intervention Classification (NIC), o nosso foco para o conteúdo e o processo de cuidado de enfermagem pela identificação e padronização das atividades de cuidados realizados; e o Iowa Outcomes Project (IOP): Nursing Outcomes Classification (NOC), sobre descrição dos resultados que são as respostas à prescrição de enfermagem e pelo desenvolvimento das correspondentes escalas de mensuração. As etapas do processo de enfermagem estão inter-relacionadas, formando um círculo contínuo de pensamento e ação que é tanto dinâmico quanto cíclico, como já foi referido. (Diagrama 2)

## Diagrama 2 - O processo de Enfermagem



Fonte: Planos de Cuidados de Enfermagem. (Doenges et al.2000, p. 7)

O processo de enfermagem é guiado por uma ampla estrutura teórica, que permite ao enfermeiro visualizar o ser humano de uma forma holística, sendo que a Sistematização de Assistência de Enfermagem – SAE é a metodologia utilizada para aplicar os conhecimentos teóricos na prática assistencial. Através desta sistematização, o enfermeiro consegue através de conhecimento e fundamentação teórica aplicar na prática a assistência de enfermagem, para que possa atender as demandas de cada indivíduo de acordo com as necessidades pessoais.

Os diagnósticos de enfermagem são uma forma uniforme de identificação, focalização e abordagem das necessidades específicas dos pacientes e das respostas aos problemas reais. Entretanto, existem diversas classificações de intervenções de enfermagem, e destaca-se a classificação das Intervenções em Enfermagem (NIC), sendo esta elaborada pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) que está em consonância com a taxonomia que define o foco dos cuidados e os diagnósticos de enfermagem. “O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou de risco para a saúde / processos vitais” (Doenges, 2000, p.9).

Na taxonomia de NANDA, Abreu (2007) ao referenciar Carlson-Catalano afirma que os enfermeiros têm conhecimento sobre as características das doenças, os fatores relacionados com as mesmas e os fatores de risco para cada um dos diagnósticos, o que proporciona o uso de uma linguagem que pode ser compreendida e partilhada por toda a comunidade de enfermagem (p. 33).

Segundo Carpenito (2003) os diagnósticos de enfermagem definem com problemas atuais (presente) e potenciais (futuro), baseiam-se sintomas fisiológicos, comportamentais, psicossociais ou espirituais.

O enunciado do diagnóstico ou problema de saúde identifica a ajuda e dar nas atividades de vida diária; o ensino; as atividades de promoção de saúde; os dados de um diagnóstico de enfermagem; um problema de saúde real ou potencial; um problema interdependente – a ser solucionado em colaboração com o médico (PAUCHET-TRAVERSAT, et al., 2003, p. 273).

Planeamento é uma etapa de avaliação das prioridades dos problemas que se levantam na etapa do diagnóstico para nortear o enfermeiro na elaboração dos cuidados diários. O enfermeiro é, geralmente, a pessoa responsável por assegurar as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência do indivíduo, da família e da comunidade (Doenges, 2000).

A afirmação de Pauchet-Traversat (2003) é preciso estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, que permite o enfermeiro prestar os cuidados e avaliá-los fixando os objetivos de cuidados, programar as intervenções de enfermagem e organizar na realização a sua implementação.

A implementação representa a ação; a execução do plano de cuidados de enfermagem com o objetivo de alcançar os resultados. Nesta etapa, cada membro da equipa da enfermagem deve pensar e planear o seu trabalho de forma organizada, começando por ler os planos de cuidados de enfermagem para cada utente; identificar as prioridades; pensar e analisar os conhecimentos e habilidades exigidas para cada ação.

A avaliação é um processo que envolve a comparação e análise de dados antes de se emitir um julgamento. Os enfermeiros precisam de colher dados referentes a um período retrospectivo, analisá-los, para então comparar e emitir uma opinião sobre a sua evolução. O resultado desejado para o paciente é definido como o resultado das prescrições de enfermagem realizadas e as respostas do paciente que são desejadas pelo paciente e/ ou cuidador e condizentes com o período de tempo definido.

### 3. QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade de saúde é complexo, considerando que é multidimensional e multiprofissional. Diferentes pessoas envolvidas nos cuidados de saúde têm diferentes perspetivas sobre eles: os políticos pretendem satisfazer a população, os gestores preocupam-se com os gastos económicos, os prestadores de cuidados de saúde pretendem boas condições de trabalho, recursos humanos e materiais suficientes, e os utentes querem ter fácil acesso aos serviços de saúde e um bom atendimento (Rocha, 2006).

Ao mesmo autor diz que o conceito de qualidade evoluiu ao longo da segunda metade do século XX, tendo contribuído para essa evolução, os trabalhos de investigadores como Deming, Juran, Ishikawa, Crosby, Taguchi, entre outros, chegando-se ao conceito de gestão da qualidade total assente no desenvolvimento sustentável. Ou seja, uma perspetiva integral da qualidade que abarca o todo, e que significa mais que a soma das suas partes: entre produtores e fornecedores de serviços e os clientes ou consumidores, que não pode ser imposta de fora da organização mas que supõe uma cultura e filosofia de gestão, e que aponta para a melhoria contínua.

A palavra qualidade refere-se ao mérito ou a uma atividade ou grau em que serviços e recursos de saúde correspondem a padrões específicos, ao serem aplicados, e devem conduzir aos resultados desejados (Roemer e Aquilar, 1991, citado por Sousa, MMA, 1999).

O *Institute of Medicine* da *National Academy of Sciences* dos EUA definiu um serviço de saúde de qualidade como sendo um serviço “seguro, eficaz, centrado no doente, atempado, eficiente e equitativo” (SILVA, 2013). Uma definição deste tipo tem a vantagem de usar conceitos (segurança, eficácia, eficiência, equidade, etc.) que podem ser medidos e que, por isso, permitem monitorizar e comparar a qualidade dos cuidados prestados. Outros autores acrescentaram à definição de qualidade outros parâmetros que também podem ser medidos. (RIBEIRO *et al.*, 2008).

O autor acima afirma que os parâmetros usados para medir a qualidade dos cuidados de saúde incluem, por exemplo: (a) *eficácia* – a relação entre os objetivos propostos e os

resultados obtidos; (b) *eficiência* – a relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados; (c) *equidade* – a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, sem discriminação por motivos económicos, sociais, (d) *acessibilidade* – a facilidade de acesso aos cuidados de saúde, sem barreiras de origem geográfica, física; (e) *satisfação* – o grau de satisfação dos utentes, suas famílias e profissionais de saúde com os cuidados prestados; (f) *adequação* – o ajustamento dos serviços de saúde disponíveis às necessidades da população que servem, em termos de número de pessoas, características de idade, doenças mais frequentes; (g) *continuidade* – a continuidade dos cuidados prestados, entre cuidados primários e outros.

Ao longo do tempo, a necessidade de especificação da qualidade para cada situação foi sendo maior, pois não existe uma qualidade única. Com a evolução humana, para além de novas necessidades, surgem novas ofertas de produtos e serviços, variando a perceção da qualidade, do consumidor ao produto, como refere Pires (2000). Mas, apesar de não existir uma unidade de medida para a qualidade, o seu controlo é necessário e o aparecimento de novas estratégias para gerir a qualidade é a prova disso. Como refere António e Teixeira (2007), o aparecimento do controlo da qualidade moderna surgiu na década de 1930, onde se aplicou na produção industrial a carta de controlo. A esta carta associou-se uma matriz teórica que serviu de base para que outros autores da qualidade desenvolvessem uma matriz que seria um novo paradigma da gestão.

Definir o conceito de qualidade não é fácil e não se pode falar dela sem abordar os grandes estudiosos, que contribuíram para iniciar uma visão da qualidade mais objetiva e consistente, tais como: Deming (1986); Juran (1995) e Crosby (1984). Neste trabalho, considera-se que os modelos defendidos pelos autores anteriormente mencionados são complementares, sendo modelos atuais, adequando-se às exigências dos consumidores. O controlo de custos está presente e é fundamental para que uma organização se mantenha e cresça. Mas esta redução de custos tem de resultar de uma maior eficiência dos processos, onde consumidores internos e externos de uma organização são satisfeitos.

Simultaneamente a estes desenvolvimentos, e como defende Silva et al. (2004), é importante salientar a fundação da *International Organization for Standardization* (ISO), em 1947, que permitiu facilitar o comércio mundial, pois criou uma confiança no mercado através das suas normas, que são hoje a base da gestão de inúmeras organizações. Na nova versão da série 9000, da norma ISO, estão inerentes os seguintes princípios de gestão da qualidade, baseados nos ensinamentos de Deming: enfoque no cliente; liderança; envolvimento das

peçoas; abordagem pelo processo; abordagem sistémica; melhoria contínua; tomada de decisões com base em factos; e relação com os fornecedores para benefício mútuo.

Mas para planear uma estratégia coerente para a qualidade numa organização de saúde, através da norma ISO, é fundamental que a comunicação relativamente aos conceitos chave seja precisa. Cada organização deve conhecer os seus profissionais e a definição que estes têm de qualidade, como refere António e Teixeira (2007). A definição de qualidade de cada profissional reflete a sua atitude perante o fenómeno, mais conservadora ou não, dependendo esta dos interesses e pontos de vista de cada um.

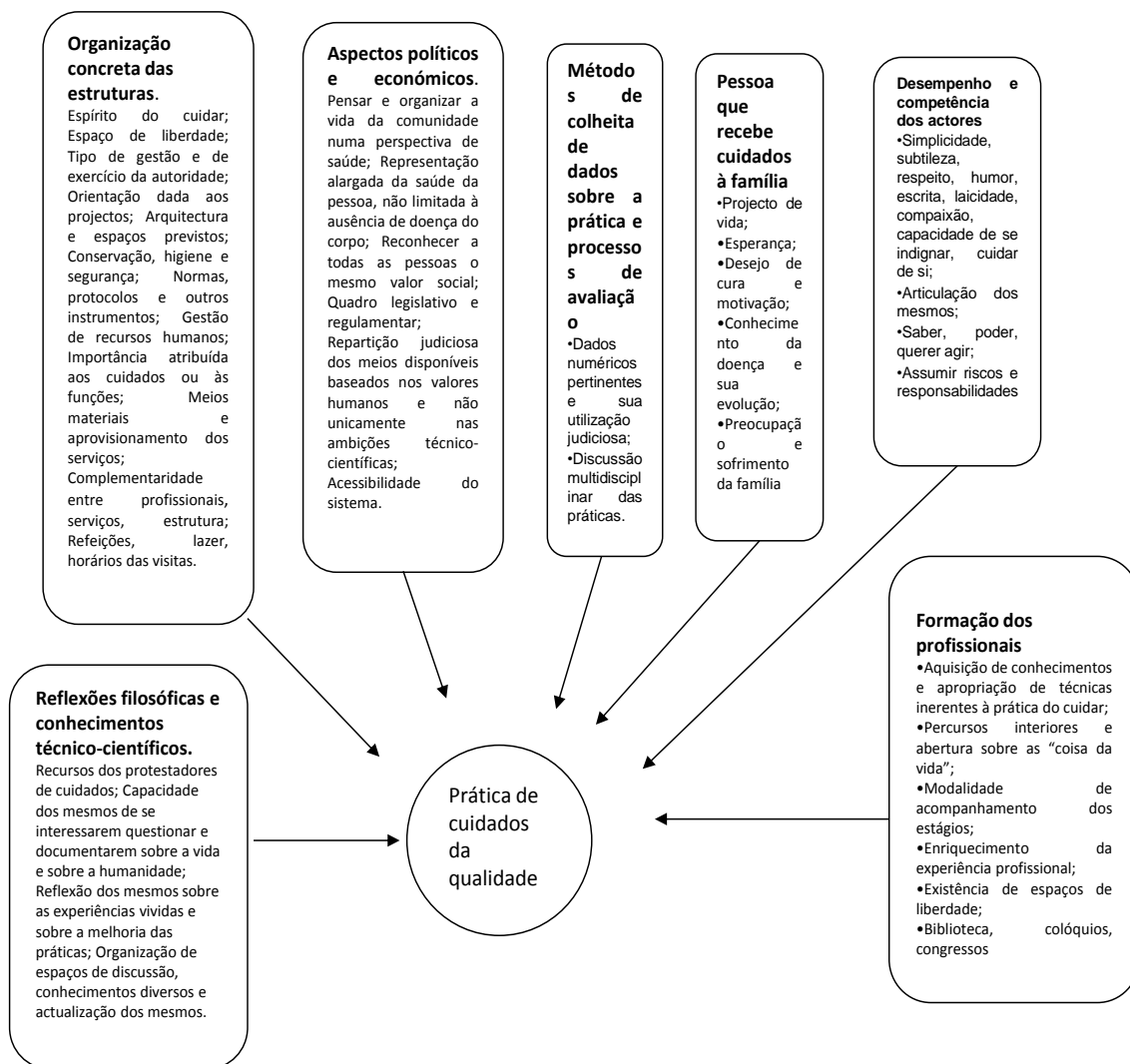
Definir qualidade em saúde é algo complexo, pois é difícil a operacionalização do conceito nesta área. É ainda difícil aceitar a saúde como um serviço prestado e os doentes/utentes. Não se podendo encarar os cuidados de saúde como uma ciência exata e, considerada por muitos e uma arte, esta foi uma das razões apontadas para o atraso no desenvolvimento da gestão da qualidade na saúde.

Para conceptualizar qualidade em saúde é necessário ter prudência, pois esta não deve ser definida de uma forma redutora. É fácil perceber que a complexidade que caracteriza a prática profissional de enfermagem, centrada no cuidar, não facilita a compreensão nem a avaliação da qualidade nesta área.

A forma como os enfermeiros encaram o utente e como definem o *cuidar*, manifesta-se nos seus procedimentos e no que eles valorizam como cuidados de qualidade.

Como refere Hesbeen (2001), é então importante utilizar instrumentos de medida na qualidade em saúde, mas é essencial não esquecer a vertente holística do cuidar ao realizar essa avaliação. O esquecimento desta vertente pode levar à insatisfação da população e de alguns profissionais de saúde motivados para o cuidar. (Figura 4).

Figura 4 – Componentes da Qualidade



Fonte: Adaptado, Hesbeen (2001, p. 78)

A preocupação com a qualidade pelos enfermeiros em Portugal desencadeou em 1998 a publicação do Decreto-Lei que criou a OE como associação de Direito Público que têm o poder de regulamentar e fiscalizar o exercício profissional para a acreditação da profissão.

O conceito de qualidade em saúde é considerado como a qualidade da gestão dos episódios individualizados da doença (domínio técnico e interpessoal). Sendo necessário considerar na avaliação dos cuidados a estrutura (características do recursos humanos e técnicos); processo (ação para transformar *inputs* em *outputs*); e resultado dos cuidados prestados aos utentes, como refere Silva et al., (2004, p. 59) ao citar Donabedian.

Segundo Mezomo (2001), para abordar o tema qualidade é preciso ter presentes pelo menos três conceitos, que são: “missão”, “serviços” e a “satisfação do cliente” e por isso afirma que não é possível “satisfazer os clientes”, se os serviços não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da “missão” da instituição”. A partir daqui ele define qualidade como sendo a *“Adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”*. (p. 111). Também refere que, quando se fala em serviços de saúde é possível identificar alguns componentes da qualidade que estão diretamente ligados à qualidade, à ciência e à tecnologia dos cuidados e à sua aplicação na prática dos cuidados de saúde.

Nos dias de hoje, as organizações de saúde são das mais complexas; onde uma equipa multidisciplinar, com elevado grau de autonomia, tem de responder às necessidades de utentes cada vez mais exigentes e informados (informados não implica conhecedores), utilizando tecnologia e conhecimentos científicos sempre em evolução.

Para a organização de saúde cumprir as exigências atuais é fundamental desenvolver a melhoria contínua, sendo um dos pressupostos para a certificação de sistemas de qualidade, pela norma da série ISO 9000:2000. Como refere Lopes e Capricho (2007), as mudanças já não se limitam à introdução de tecnologia.

Algumas organizações atuais estão a escolher uma estratégia de mudança, que aposta na melhoria contínua da qualidade, através de melhorias graduais e constantes.

Segundo Barbora et al. (2008), Joseph Juran considerado o pai da qualidade, propôs que esta fosse regulada por três processos de gestão: planeamento, controlo e melhoramento ficando conhecida como a Trilogia de Juran. (citado por Barbora & Melo, 2008, p. 367).

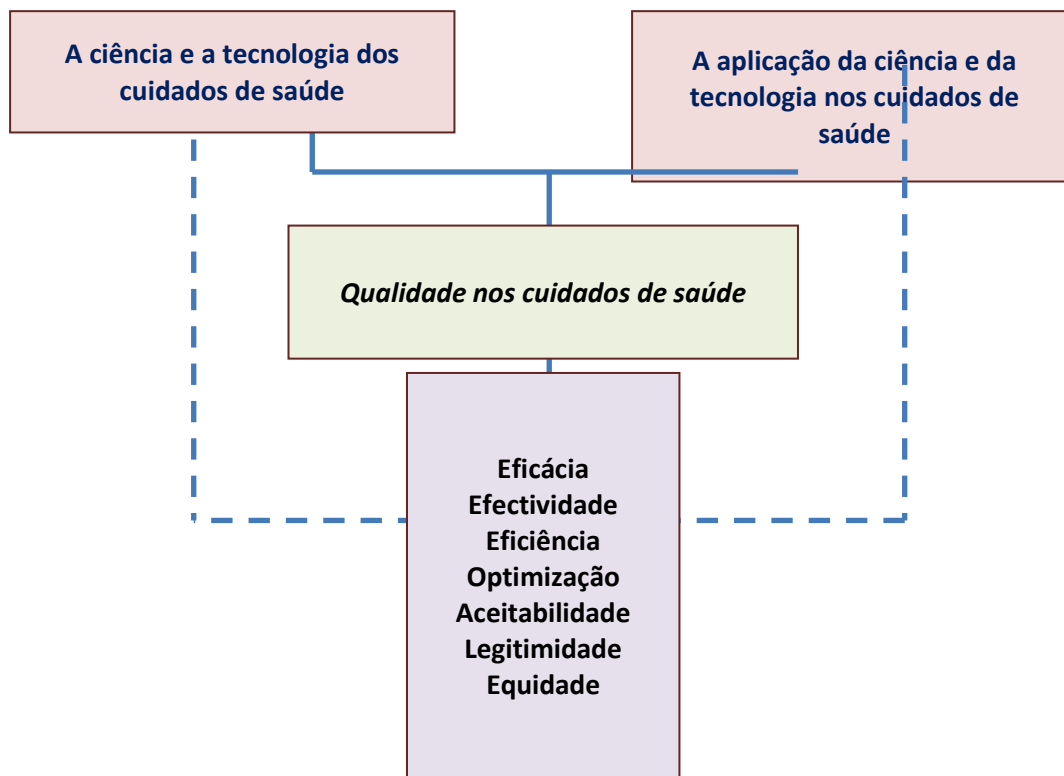
Segundo Silva et al. (2004), é preciso ter em consideração cinco elementos essenciais para manter uma melhoria contínua de qualidade: os clientes no centro da organização; a gestão de processos; envolvimento das pessoas; o domínio do processo de inovação e, por fim, a liderança.

Neste trabalho foi focada a importância do envolvimento das pessoas, como mencionado por MacDonald, citado por Lopes e Capricho (2007), para implementar a melhoria contínua com sucesso. Para esses mesmos autores, o mais importante é o envolvimento dos trabalhadores da organização, formando-as e motivando-as para a gestão da qualidade.

No âmbito da qualidade em saúde, o que anteriormente se pressupunha transforma-se em efetiva realidade. Donabedian (2003) refere a qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios deste que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes. Acrescenta ainda que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. Este autor estabelece três dimensões para a qualidade em saúde: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

Segundo Donabedian (2003, p. 4) a qualidade pode ser concebida como o produto de dois fatores. Um fator é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e o outro é a forma como é aplicada a ciência e a tecnologia nas práticas atuais de saúde. O produto alcançado na prática dos cuidados pode ser caracterizado por sete pilares onde se incluem: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Estes atributos avaliados individualmente ou em diversas combinações constituem uma explicação da qualidade. E a sua medição nas variadas combinações possíveis determinam a magnitude da qualidade. (Figura 5).

Figura 5 - Componentes da qualidade nos cuidados de saúde



Fonte: (adaptado de Donabedian, 2003, p. 4)

Donabedian (2003, p. 6) define e explica os sete pilares de qualidade em saúde:

**A eficácia.** Refere-se à 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.

**A efectividade.** Refere-se à relação estabelecida entre os resultados obtidos e aqueles que os *standarts* apontam com base na evidência científica. Esta componente da qualidade integra em si a adequação das intervenções terapêuticas implementadas.

**A eficiência.** Diz respeito à 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. Donabedian (2003) refere 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, quando são aperfeiçoados pelo treino, determinados procedimentos terapêuticos com vista a reduzir a frequência de erros e conseqüentemente, a diminuir os custos. A eficiência distributiva que se refere à capacidade de prestar assistência a quem dela mais necessita.

**A otimização.** É 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. 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 menor custos relativamente aos benefícios.

**A legitimidade.** A legitimidade é a adequação dos serviços de saúde às preferências sociais expressas em princípios éticos, valores, normas, regulamentos leis ou regulamentos e costumes.

**A equidade.** É definida como 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. A qualidade em saúde reúne valores e princípios distintos, como a justiça, a centralidade no cliente, a inovação e mudança e ainda, a aplicação da melhor evidência.

**A aceitabilidade.** É a adequação dos cuidados de saúde em relação às aspirações, desejos e expectativas dos utentes e suas famílias.

### **3. 1. Qualidade em Enfermagem**

Florence Nightingale apontou para a relevância de reunir dados epidemiológicos para se poder comparar a qualidade dos cuidados nas diferentes instituições de saúde. Ao mesmo tempo, iniciou-se o ensino de enfermagem centrado no indivíduo a fim de que a melhor condição da natureza atuasse sobre ele (Nightingale, 1898). Desta forma, o exercício da enfermagem aproximou-se da cultura médica numa lógica de atividades delegadas, sobretudo a administração de fármacos e de outras atitudes terapêuticas prescritas. Assim, a evolução do

exercício profissional da enfermagem foi influenciado pelo progresso da medicina, o qual determinou um conjunto crescente de intervenções resultantes de prescrição, de elevada complexidade e uma atenção particular, sobre os sinais e sintomas associados aos quadros patológicos (Silva, 2007).

Segundo OMS (1993), a *“qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde”* (citado por D`Innocenzo et al, 2006, p.85).

No entanto, e segundo os mesmos autores, a qualidade de Enfermagem, entre outros fatores, é influenciada pela formação profissional, os recursos humanos disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições.

Os mesmos autores afirmam que a qualidade em enfermagem exige reflexão sobre a prática, de modo a definir objetivos do serviço que se vai prestar, e 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.

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.

O enfermeiro vai coordenar e gerir todos os cuidados prestados ao utente. Neste sentido, e de acordo com Barbosa e Melo (2008, p. 367), *“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”*.

De acordo com Barros et al., (2010), a enfermagem, ciência em desenvolvimento, necessita, identificar e caracterizar os conhecimentos e as técnicas científicas para que a prática seja o espelho desses mesmos conhecimentos.

A OE emitiu, como primordial na prestação de cuidados de enfermagem, o estabelecimento de alguns padrões de qualidade baseados na evidência, que visam a melhoria contínua de qualidade do exercício profissional, em que o utente é o centro dos cuidados, visando a sua satisfação. Numa altura em que os utentes assumem cada vez mais a sua posição, pois estão conscientes dos seus direitos e deveres, crê-se que é cada vez mais importante o seu papel no planeamento e avaliação dos serviços de saúde, pois são eles que melhor conhecem as suas expectativas e necessidades, bem como a forma como foram satisfeitas. Também Florentim e Franco (2006) corroboram, ao afirmarem que é imprescindível a prestação de cuidados de saúde com qualidade para a satisfação do utente ser a melhor.

O Conselho de Enfermagem (2001) definiu o enquadramento conceptual e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, entretanto em 2005, deu-se uma nova etapa. Os enfermeiros buscam as melhores respostas em cuidados de enfermagem, perseguindo a excelência dos serviços que as instituições prestadoras de cuidados de saúde oferecem aos cidadãos (OE, 2007).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal. Seja enfermeiro, ou seja o receptor do cuidado de enfermagem, ambos possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual. Assim, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Desta forma, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, satisfaz as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, faz-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. Portanto, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes –

prescrições médicas) e - as iniciadas pela prescrição do enfermeiro - intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (OE, 2001).

Os enfermeiros, num desafio de permanente e necessária aproximação à qualidade, reconhecem que esta é resultante da conjugação de múltiplos esforços e saberes. Com efeito, *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (OE, 2002, p. 39).

### **3.2. Uma visão sobre a sustentabilidade da enfermagem como ciência**

Na primeira metade do século XX, os líderes da enfermagem começaram a perceber que era necessária uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional. Por conseguinte, na última metade do século XX, os enfermeiros foram entrando em maior número nas universidades, e começou a perceber-se o objetivo de desenvolver o conhecimento como base para a prática de enfermagem, de seguida, o primeiro objetivo é reconhecer a profissão e, depois, dedicar os cuidados aos doentes, como profissionais (Tomey, 2004).

Os líderes da enfermagem apresentaram várias perspetivas para o desenvolvimento da ciência de enfermagem, concluindo de seguida, que precisavam de aprender o processo de investigação. Os autores (Nightingale, Henderson, Orlando, Peplau e Wiedenback) foram buscar tanto à investigação básica, como à aplicada e declararam que a utilização deste conhecimento era vital para a enfermagem quer como disciplina, quer como profissão.

De acordo com Batey (1977), ou seja, depois de 25 anos após a publicação de *Nursing Research*, apresentam os pontos fortes e fracos da investigação. Através destes, a atenção

direcionou-se para a importância das conceitualizações da enfermagem para o processo de investigação e o papel de uma estrutura conceitual no âmbito e na concepção da pesquisa para a produção da ciência. (Tomey, 2004; p. 16).

Segundo Donaldson e Crowley (1997) no discurso principal na Conferência Western Commission of Higher Education in Nursing (WCHEN) em 1997, afirmam que começavam a surgir novos programas de doutoramento de enfermagem, e reabriram a discussão sobre a natureza da ciência em enfermagem. Além disso, os enfermeiros e os alunos com nível de mestrado aplicam e testam o conhecimento teórico na prática de enfermagem nas suas teses. Durante os anos 80, foi demonstrada uma maior aceitação da teoria de enfermagem através do seu desenvolvimento continuado e da crescente incorporação das teorias de enfermagem no currículo de enfermagem. No mesmo período, Meleis, caracterizou-o como o período de aceitação da necessidade de aprofundar o desenvolvimento da teoria de enfermagem, por forma a fazer avançar a disciplina de enfermagem.

Em relação ao domínio de um campo específico de conhecimentos, dialogando com filosofia da ciência, encontra-se que uma disciplina científica “é uma categoria organizadora dentro do conhecimento científico.

De acordo com Meleis (1991) define a teoria de enfermagem como “... *uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem*” (citado por George, 2000, p. 12).

Assim sendo, existe uma concordância geral na literatura de que a enfermagem se preocupa com quatro conceitos principais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Estes quatro conceitos formam o metaparadigma da enfermagem que identifica o conteúdo nuclear de uma disciplina.

Meleis (1992) apresenta seis características da disciplina de enfermagem que orientam o desenvolvimento teórico no século XXI, em que a disciplina de enfermagem é a ciência humana subjacente à disciplina que é baseada na compreensão do significado das experiências vividas diariamente como são percebidas pelos membros ou pelos participantes da ciência; há uma ênfase maior na orientação prática e a missão do enfermeiro é a de desenvolver teorias que enriqueçam os enfermeiros, a disciplina e os utentes.

De acordo com Carper (1978), existem quatro padrões fundamentais do conhecimento de enfermagem: conhecimento empírico (ciência de enfermagem), conhecimento estético (arte de enfermagem), conhecimento moral (ética de enfermagem) e conhecimento pessoal (uso terapêutica de si próprio).

No início dos anos 90, a literatura de enfermagem continuou a falar do significado dos conceitos de domínio; da necessidade de estabelecer interligações entre estes conceitos de enfermagem centrais, e nos meados ao mesmo ano, os estudiosos de enfermagem dedicaram-se ao desenvolvimento de uma epistemologia da terapêutica da enfermagem, a coerência entre ciência de enfermagem e arte, e defendendo o pluralismo das teorias de enfermagem e dos métodos de investigação.

### **Modelos Conceptuais e Grandes Teorias de Enfermagem**

Os pioneiros apresentam as ideias através das suas experiências em relação à teoria de enfermagem.

De acordo com Orem (1958) ou seja, desde os anos 50, houve um discernimento sobre o conceito de enfermagem. A autora explicou o autocuidado como uma necessidade humana e a enfermagem como um serviço humano, e enfatizou a preocupação especial da enfermagem pela necessidade que o ser humano tem de ter ações de autocuidado continuamente para manter a vida e a saúde. A teoria geral do autocuidado de Orem tem um modelo concetual de enfermagem íntegra e interrelaciona três teorias: a teoria do autocuidado; a teoria do défice de autocuidado; a teoria dos sistemas de enfermagem (Tomey, 2004, p. 23).

Por outro lado, em meados dos anos 60, Levine usou as ciências, como a psicologia, a sociologia e a fisiologia para analisar diversas práticas de enfermagem e descrever determinadas atividades e competências de enfermagem. Por isso, na sua obra, classificou três teorias: conservação; redundância e intenção terapêutica, no modelo concetual de enfermagem (p. 24).

Johnson publicou desde meados dos anos 40 até ao início dos anos 70, apresentou o Modelo de Sistema Comportamental no livro de Riehl e Roy, *Conceptual Models for Nursing Practice*, e, desenvolveu este modelo para a prática, o ensino e a investigação da enfermagem (p. 24).

### **Os autores das Teorias de enfermagem são:**

- Hildegard E. Peplau (1952) é a primeira autora que introduziu a teoria dos outros campos científicos e a sintetizar uma teoria para prática de enfermagem. Ela começou com o livro *“Interpersonal Relation in Nursing”*, e salientou que a importância da capacidade do enfermeiro para compreender o seu próprio comportamento no sentido de ajudar os outros e a identificar as dificuldades observadas.
- Segundo Orlando (1961) no livro *“The Dynamic Nurse-Patient Relationship”* utilizou a relação interpessoal enfermeiro – doente em resposta às necessidades do doente, como base do trabalho.
- De acordo com Madaleine Leininger (1984), ela escreveu diversos livros sobre enfermagem, mas, a mais complexa descrição da Teoria do Cuidar Transcultural foi o livro com o título *“Care: The Essence of Nursing and Health”*.
- Rosemarie Rizzo Parse (1998) extraiu a sua teoria dos princípios e conceitos de Rogers e da fenomenologia existencial de Heidegger, Ponty e Sartre. Parse vê a enfermagem como uma ciência humana. E portanto a teoria de Parse pode ser uma abordagem humanista única em oposição a uma base fisiológica da enfermagem.
- Evelyn Adams escreveu e começou a publicar em meados dos anos 70 sobre o conceito de enfermagem.
- Nola J. Pender (1996) definiu o objetivo dos cuidados de enfermagem como a saúde ótima do indivíduo. A teoria dela identifica fatores cognitivo-perceptuais no indivíduo, tais como a importância de comportamentos promotores de saúde.

Finalmente, no último século, a enfermagem tem conseguido concretizações fenomenais que levaram ao conhecimento da enfermagem como disciplina académica e como profissão (Tomey, 2004).

### **3.3. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**

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,

Pazargadi e Saeedi (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.

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e das políticas (OE, 2002). Deste modo, os enfermeiros defrontam-se com a procura das melhores soluções como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem da qualidade não poderá incidir apenas nos aspetos que já fazem parte da realidade, mas na procura de melhores resultados naquilo que já hoje se reconhece como detentor de níveis aceitáveis de qualidade. E de igual modo, para obter a excelência na qualidade, perceber o que ainda existe para desenvolver à luz do que demonstra a evidência científica.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal.

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. É este o contexto no qual o Conselho de Enfermagem (CE) da OE enquadra os esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Os conceitos fulcrais de enfermagem como a pessoa, o ambiente, a saúde, enfermagem e os cuidados de enfermagem são os primeiros conceitos meta paradigáticos de enfermagem a um nível mais abstrato do conhecimento, enquanto conceitos fundamentais de estrutura organizacional para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem (Tomey et al., 2004).

A seguir apresentamos os quatro principais conceitos enfermagem, saúde, ambiente e pessoa):

### **3.2.1. A saúde**

No metaparadigma de enfermagem a saúde representa um estado de bem-estar decidido, mutuamente, pelo cliente e pelo enfermeiro (George, 2000).

A saúde é uma representação mental (...) um estado subjetivo ( ...) de procura do equilíbrio (...) é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo (..) e é desejada (...) ( OE, 2000 a 2001, p. 16).

De acordo com OE (2001) a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural. Assim, a condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Nesta medida, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

De acordo com Peplau (1952/ 1988, p.12) definiu a saúde como “uma palavra simbólica que implica o movimento adiante da personalidade e de outros processos humanos em curso na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”.

Henderson, na sexta edição de *“The Principles and Practice of Nursing”*, ela citou-se várias fontes incluindo o quadro da OMS (2005). A autora referiu que *“ é a qualidade de saúde e não a própria vida, mas, a margem de vigor mental/físico que permite a uma pessoa*

*trabalhar com maior eficácia e obter o nível de satisfação mais elevada na vida”* (Tomey, 2004; p. 114).

Rogers afirma que a promoção da saúde positiva conota orientação na ajuda das pessoas com oportunidade de coerência rítmica (Gunther in Tomey, 2004).

Segundo Hall, cit por George (2000) a saúde é, supostamente, um estado de autoconscientização com a escolha consciente de comportamentos ideias para o individuo. Salaria a necessidade de ajudar a pessoa a explorar o significado de seu comportamento para identificar e ultrapassar os problemas através do desenvolvimento da identidade e da maturidade (p. 78).

Orem em (1991) apoia a definição de saúde da OMS como o estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou da enfermidade. A autora fortaleceu novamente em sua citação que “os aspetos físicos, psicológico, interpessoal e sociais são inseparáveis no individuo” (George, 2000, p. 89).

Johnson (1978) afirma que a saúde é um estado indefinido determinado por fatores “*psicológicos sociais, biológicos e fisiológicos*” (George, 2000, p. 108).

Segundo Neuman (1995) citado por George (2000) afirma que a saúde é definida como a condição ou o grau de estabilidade do sistema e é considerada uma continuidade do bem-estar para a doença (p. 232).

### **3.2.2. A pessoa**

No metaparadigma de enfermagem a pessoa pode representar um individuo, uma família, uma comunidade ou toda a humanidade. Portanto, neste contexto, a pessoa é que representa plena capacidade mental, é responsável pelos seus atos ou seja é aquele que recebe o cuidado de enfermagem (George, 2000).

A pessoa é um ser social e um agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa

são influenciados pelo ambiente que a rodeia, sendo que esta interage, influencia e é influenciada no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa objetiva intencionalmente é atingir a homeostasia na procura incessante de melhores níveis de saúde, sendo que para isso interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo não intencional que afeta o seu equilíbrio e da harmonia (OE,2001).

A pessoa é agente intencional de comportamentos ... é um ser único e sem cópias ... sofrendo a influência do ambiente no qual vive e se desenvolve ... procura incessantemente o equilíbrio e a harmonia (OE, 2000 a 2001, p. 16).

Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projeto de saúde. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.

Nightingale dividiu na maior parte das duas obras: - referiu-se à pessoa como um doente. Os enfermeiros executavam tarefas para e pelo doente e controlavam o ambiente do doente para apressar a recuperação.

Henderson disse que o utente e a sua família são vistos como uma unidade e eles têm 15 necessidades da enfermagem (Tomey, 2004).

Em seguidamente Lydia Hall enfatiza a importância do individuo como único, capaz de crescimento e aprendizagem e exigindo um abordagem totalmente pessoal. A fonte de motivação e de energia para a cura é o individuo que precisa de cuidado.

De acordo com Dorethea Orem (1991) o funcionamento humano integrado inclui os aspetos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, são diferenciados das outras coisas vivas por sua capacidade de refletir, simbolizar e usar as criações simbólicas para pensar, comunicar-se e orientar os esforços para fazer coisas que são benéficas para si e para os outros. (p.180).

Segundo Marta Rogers (1992) citado por Tomey (2004) apresentou cinco pressupostos sobre os seres humanos, que estão em troca constante de energia com o ambiente. Existe um padrão para a vida. Por isso, os processos de vida de um ser humano evoluem irreversível e imprevisivelmente na pandimensionalidade. Finalmente, o ser humano é capaz de abstração, visualização, linguagem, pensamento, sensibilidade e emoções, assim, os seres humanos “ não são entidades separadas, nem agregados mecânicos (p. 257).

Roy definiu a pessoa como um enfoque central da enfermagem; o que recebe os cuidados de enfermagem; um sistema de cognator e regulador que atuam para manter a adaptação nos quatro modos adaptivos (fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência) (Tomey, 2004; p. 308). Por outro lado, em 1984, ela afirma que ele pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade ou uma sociedade que considerado pelo enfermeiro como um sistema adaptivo holístico. Assim, os estímulos ao nível de adaptação são três classificações: focal (normalmente, constitui o maior grau de mudança impactando a pessoa), contextual (as mudanças interno ou externo que podem ser identificados como uma influencia positiva ou negativa sobre a situação) e residual (são os fatores internos e externos que não são claros), (George, 2000).

### **3.2.3. O ambiente**

No metaparadigma de enfermagem o ambiente pode representar os arredores imediatos, a comunidade ou o universo com tudo o que contém (George, 2000).

O ambiente é todo o envolvente no qual as pessoas vivem e integram, composto por elementos das mais diversas ordens tais como humanos, sociais, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Este condiciona a maneira como cada individuo desenvolve o seu estilo de vida e repercutem-se na condição de saúde do individuo. Na prática dos cuidados, os enfermeiros devem perceber esta interdependência entre a pessoa e o ambiente (OE, 2001).

O ambiente físico é salientado por Nightingale como um modelo de saúde comunitária, no qual tudo que circunda os seres humanos é considerado em relação ao seu estado de saúde. Os pressupostos de Nightingale acerca das condições sociais são igualmente importantes para sua teoria. E ela também acreditava que os enfermeiros podiam ser instrumento na mudança do estatuto social dos pobres, melhorando a sua condição de vida. (Tomey, 2004).

Segundo Henderson definia o ambiente como “ o agregado de todas as condições e influencias internas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo (Tomey, 2004; p. 114).

De acordo com Peplau (1952/ 1988) não ter abordado diretamente sociedade/ambiente, encoraja o enfermeiro a considerar a cultura e as tradições do paciente quando ele estiver em adaptação à rotina hospitalar. O conceito de sociedade/ambiente da Lydia Hall é considerado em relação ao individuo. Levine (1990) utiliza as classificações de Bates (1967), existem três aspetos de ambiente é: o ambiente operacional consiste daquelas forças naturais não detetadas que atingem o indivíduo; o ambiente perceptivo ... de informações que são registadas pelos órgãos sensoriais; o ambiente concetual é influenciado pela linguagem cultura, ideias e cognitivo.

Segundo Rogers (1992) afirma que o ambiente é um campo de energia pandimensional, irreduzível, indivisível, identificado pelo padrão e integrado ao campo humano (Tomey, 2004).

Em seguida Neuman (1995) disse que o ambiente é uma arena vital que é relevante ao sistema e à sua função: inclui o ambiente interno e externo (George, 2000).

### **3.4. Cuidados de enfermagem**

No metaparadigma de enfermagem a enfermagem é a ciência e a arte da disciplina (George, 2000, p.11). Como a enfermagem é uma ciência humana, o rigor e a objetividade do laboratório são tanto inapropriadas quanto impossíveis de duplicar. No futuro, a previsibilidade das teorias de enfermagem será muitos a medida que cresce a base de pesquisa em que a teoria se desenvolve e sobre a qual é testada.

Segundo Nightingale escreveu “*Notes of Nursing*” para fornecer linhas orientadoras para os cuidados de enfermagem às mulheres e para aconselhar sobre como “pensar como uma enfermeira”. Por isso, ela disse “o que a enfermagem tem a fazer... é colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele” (Nightingale 1859/1992, p.74).

De acordo com Peplau afirma que a enfermagem é “Um processo interpessoal significativo terapêutico” e como um “relacionamento humano entre um indivíduo enfermo ou necessitando de serviços de saúde, e uma enfermeira especialmente instruída para reconhecer e responder à necessidade de ajuda” (Peplau, 1952/1988; p. 16 e p. 5-6).

Por outro lado, Henderson definiu a enfermagem em termos funcionais. Ela afirmou que a única função do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuam para a saúde ou para a sua recuperação e os conhecimentos necessários (Tomey, 2004). Ela considera “*os 14 componentes das funções de enfermagem ou necessidades básicas são: biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais*”. Quando as necessidades não são preenchidas, a pessoa não está completa (George, 2000, p. 64).

Roy define amplamente a enfermagem como a ciência e a prática que expande capacidade de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa (Tomey, 2004).

Lydia Hall apresentou a sua teoria de enfermagem de forma visual, desenhando três círculos entrelaçados: o círculo de Cuidados, da Essência e da Cura. A enfermagem é identificada como a participação de forma visual, desenhando três círculos entrelaçados: nos aspectos de cuidados, da essência e da cura no cuidado ao utente. O cuidado é função único dos enfermeiros, enquanto o núcleo e a cura são compartilhados com os outros membros da equipa de saúde (George, 2000).

Por outro lado, Orem desenvolveu a teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, que é composta de três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, do déficit do autocuidado e dos sistemas de enfermagem. Assim sendo, a Orem, define a enfermagem como uma ação humana diferenciada das outras ações humanas por seu enfoque sobre as pessoas com incapacidades (Orem, 1991).

Em 1980, Johnson definiu a enfermagem como “uma força reguladora externa que age para preservar a organização e a integração do comportamento do paciente ao nível ideal,

condições abaixo das quais o comportamento constitui uma ameaça para a saúde física e social ou nas quais é encontrada a doença (Orem, 1980, citado por George, 2000, p. 84).

Segundo Orlando (1961,1990), a enfermagem é exclusiva e independente, preocupa com uma necessidade individual de ajuda, real ou potencial, em uma situação imediata, através do qual a enfermagem resolve esse desamparo é interativa e buscado de maneira disciplinada, o que exige treinamento. Ela também acredita que a ação da pessoa deva ser baseada em justificativa, não em protocolo (citado por George, 2000).

Segundo Levine, (1989), o propósito da *enfermagem* é cuidar dos outros quando eles necessitam de cuidados. Segundo a autora que a teoria de enfermagem é *“uma posta à prova nas rocas diárias pragmáticas e simples entre o enfermeiro e paciente... no seu sucesso equipar os indivíduos com força renovada para continuarem suas vidas com independência, realização, esperança e promessa”* (citado por George, 2000, p. 163).

De acordo com Rogers (1971; 1990) afirma que a enfermagem é uma profissão aprendida, uma ciência e uma arte, com o objetivo promover a saúde e o bem-estar de todas as pessoas. Esta profissão existe para cuidar das pessoas e do processo de vida dos seres humanos (Tomey, 2004), ou seja é *“uma arte e uma ciência humanística e humanitária – o estudo dos seres humanos irredutíveis e seus ambientes”*. (citado por George, 2000, p. 186).

Os cuidados de enfermagem e o exercício profissional da enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades), independentemente dos seus valores, crenças e desejos da natureza individuais. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela evidência a sua formação e experiência na prática de cuidados que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural. Estabelece uma relação de parceria num processo dinâmico que visa ajudar o indivíduo a alcançar o seu equilíbrio e o seu estado de saúde (OE, 2001).

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal ... num quadro de respeito pelos valores, crenças, religiões e desejos da natureza individual dos clientes ... caracteriza-se pelo estabelecimento de parcerias com os clientes ... envolvendo as pessoas significativas para o cliente (família e comunidade) ... (OE, 2000 a 2001, p 17).

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde procura-se, ao longo de todo o ciclo vital “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procuram a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida (...) através de processos de aprendizagem do cliente” (OE,2001:13). Neste contexto, no ponto de vista profissional, os enfermeiros pela sua formação e pelos princípios que norteiam a sua praxis compreendem que os conceitos de bons cuidados de enfermagem são distintos para cada indivíduo.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se ser vantajoso o assumir de um papel de *pivot* no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

As intervenções autónomas dos enfermeiros compreendem o processo da tomada de decisão e a resolução de problemas de enfermagem, com início na identificação de necessidades de cuidados de enfermagem com uso do conhecimento atual de disciplina e da experiência acumulada, por isso, o enfermeiro planeia as intervenções a concretizar de acordo com a sua experiência e tendo em conta que as outras intervenções devem ser realizadas pelo técnico da equipa de saúde em colaboração.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas

pela prescrição médicas ou seja por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua intervenção e implementação.

### **3.5. Padrões de qualidade de cuidados – enunciados descritivos**

Para melhor se compreender a abrangência do estudo tem utilidade compreender como são descritos os padrões de qualidade de cuidados, em Portugal foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

*Segunda a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, “uma profissão deve procurar controlar a sua prática tendo em vista garantir a qualidade de serviço prestado e promover desenvolvimento pessoal e profissional dos seus membros. A finalidade dos padrões é garantir, melhorar a qualidade da prestação dos cuidados para a proteção das pessoas e das profissões. Sem padrões não estamos em condições de medir, avaliar ou implementar métodos que permitam atingir o nível de excelência dos cuidados de enfermagem.”*

A fim de compreender cada um dos padrões considera-se útil relembrar que a satisfação do cliente é um resultado sempre considerado nos estudos da qualidade e para os enfermeiros entende-se que é a “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem que consigam os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

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

A promoção da saúde sendo uma das áreas nobres de atuação dos enfermeiros aos longos dos tempos neste contexto e para aprofundarmos o seu peso neste estudo entende-se que a 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: 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. (OE, 2001):

O enfermeiro é pedido uma continuidade assistencial que promova a saúde é que evite complicações pelo que se entende que o padrão de prevenção de complicações é a procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos Utentes.

São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros: 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; as prescrições das intervenções de enfermagem face aos problemas potencialmente 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. (OE, 2001):

Vindo desde os primórdios de enfermagem a preocupação com os cuidados de higiene e do bem-estar quase que naturalmente será de considerar um padrão de qualidade centrado

no bem-estar e o autocuidado e entende-se este como a 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 face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros: 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 contribuem 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 identificadas 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. (OE, 2001):

A intervenção dos enfermeiros, não se fica pela colaboração no tratamento, pela educação e pela intervenção dos cuidados, estende-se até à capacitação das pessoas para fazer face, à vida nas suas novas condições de saúde, pelo que no padrão sobre readaptação funcional procura-se permanente a 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: 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 das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o régimen terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. (OE, 2001):

Sendo os enfermeiros os profissionais que permanecem na assistência continuamente e suportam também a intervenção de outros profissionais será de esperar que um dos padrões se destina à organização dos cuidados de enfermagem e este é a procura permanente da

excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: 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 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. (OE, 2001):

A criação destes enunciados descritivos da qualidade do exercício dos enfermeiros, a partir os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, traduz-se num contributo específico para o exercício profissional dos enfermeiros, numa garantia de melhoria contínua da qualidade e procura permanente da sua excelência.

## **4 - FUNCIONAMENTO DOS CUIDADOS**

Para compreender as implicações do funcionamento de cuidados e será de registar um olhar sintético para as realidades dos dois países que atravessam este estudo, Portugal, onde desenvolvemos os estudos e Timor onde efetivamos o estudo.

Em Portugal há uma história já longa sobre o serviço Nacional de saúde e na atualidade o reforço é feito com investimento para os cuidados continuados e nas comunidades, no Despacho n.º 10143/2009 e Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, foram criados os agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), e estabelecido o seu regime de organização e funcionamento. Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica.

Relacionado com o artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, sobre as unidades funcionais a implementar consta a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e implementação de unidades móveis de intervenção. No processo de implementação das UCC parece ser útil aproveitar o impulso de autonomia e de iniciativa própria dos profissionais que tem resultado de forma muito adequada no desenvolvimento de outra das unidades funcionais, incluindo a unidade de saúde familiar (USF). Este modelo de auto-organização, com os ACES, tem permitido a rápida disseminação do modelo, com grande satisfação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde e com grande empenho dos profissionais.

Da análise que realizamos consideramos que, há que sistematizar a colheita de informação sobre os indicadores e a atividade das UCC que permita, no futuro, o desenvolvimento de mecanismos de remuneração associados ao desempenho, à semelhança dos que estão consagrados para as USF.

Com a determinação do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, e atento ao disposto no seu artigo 43.º, é aprovado o Regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade na integração em redes de apoio à família e comunidade.

Os hospitais ligam-se às unidades referidas criando esforços para garantir uma assistência em rede embora sejam entidades autônomas com gestão empresarial.

Os enfermeiros estão presentes em todos os locais assistenciais e têm uma regulamentação própria na sua profissão expressa no Regulamento do Exercício profissional de Enfermagem (REPE - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro)

Em Timor-Leste o funcionamento dos cuidados, centra-se no Decreto-lei N.º 10/2004, de 24 de novembro, está referido que o funcionamento dum sistema de saúde harmónico e estruturado, que possibilite a efetivação do direito à proteção da saúde, como direito fundamental de todos os cidadãos, implica a conjugação de esforços e atividades do setor público e privado na área da saúde, o reconhecimento do setor privado como parceiro complementar desde que devidamente regulado e fiscalizado, e o estabelecimento das normas orientadoras do serviço nacional de saúde, de forma eficaz, proporcione cuidados da saúde adequados. Relacionado com este Decreto-lei, os funcionamentos de cuidados na área de saúde primária são uma prioridade no programa nacional de saúde.

## **5 - TEMPO NA CENTRALIDADE DE CUIDADOS**

A centralidade dos cuidados obriga à assunção efetiva do modelo de distribuição de trabalho de enfermagem por enfermeiro, atribuindo a cada cidadão o «Seu Enfermeiro», centrando no profissional que está mais próximo as respostas às necessidades de saúde da pessoa - família - grupo. Esta enfermagem de que vos falo, da qual já se vão tendo alguns exemplos, é uma profissão em que o cidadão é o eixo dos cuidados e o enfermeiro se assume como um recurso básico, determinante o seu autocuidado, ajudando-o a decidir, ou decidindo com ele e construindo compromissos nos objetivos e nas ações.

É nesta centralidade dos cuidados que os enfermeiros prestam que se encontra a complexidade e imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem que cada vez mais é evidente a necessidade de garantir uma formação inicial sólida e profunda. Essa formação tem de ser capaz de fornecer as ferramentas necessárias ao desenvolvimento das competências profissionais que suportam o profissionalismo que se impõe para a promoção de ganhos em saúde dos cidadãos, bem como a satisfação profissional dos enfermeiros, pelo constante aprofundamento e desenvolvimento dos saberes onde a investigação deve ser uma fonte de questionamento do que melhor se pode oferecer em cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular.

A Enfermagem demonstra competências para o desempenho do seu papel estratégico e de pivot elemento de referência nos cuidados de saúde e, pelos resultados alcançados, assume, sem dúvida, uma prática profissional de excelência. Ligamos à prática baseada na evidência científica a valorização das competências específicas da profissão e a sua capacidade de tomada de decisão, promove-se a visibilidade dos cuidados e o desenvolvimento profissional orientando o exercício por uma visão sistémica e um pensamento crítico.

Acresce ainda que este “saber-ser” os enfermeiros tem as suas raízes nas competências comportamentais, como a liderança, a comunicação, a negociação, as relações interpessoais e a iniciativa, porque são as que efetivamente mais contribuem para a

construção de compromissos e de objetivos na relação de cuidado entre o enfermeiro e o seu utente - família - grupo.

O plano de cuidados é definido em função da situação de saúde do utente. Os problemas são identificados com base na avaliação inicial realizada pelo enfermeiro, assim, este plano deve ser desenvolvida de acordo com o CIPE registo na SAPE, referido por cada enfermeiro no início de cada turno e sempre que necessária para todos os utentes (Correia, 2012).

Os seres humanos sempre precisaram de cuidados, para manter a vida quer para lutar para contra o mal e as ameaças constantes. Portanto, a centralidade dos cuidados em todo o território é facilitar e tornar mais fácil a acessibilidade aos cuidados de saúde.

No artigo 57, alínea 2ª e 3ª, na Constituição República Democrática de Timor-Leste (RDTL), afirma que estado promove a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, na medida das suas possibilidades, gratuito, nos termos da lei; e, o serviço nacional de saúde deve ser, “tanto quanto possível”, de gestão descentralizada e participativa.

## PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Procedemos neste capítulo a uma abordagem das questões metodológicas que orientaram esta investigação. Podemos comparar o estudo exploratório descritivo a uma fotografia que permite situar mais precisamente as pessoas, os factos e as suas interações (Collière, 2003). Acrescentaremos ainda que é o tipo de estudo que (...) apresenta mais interesse para um grupo profissional que começa a interrogar-se sobre o que se faz e que se iniciam na investigação.

Para que os objetivos referidos anteriormente sejam alcançados, é necessário escrever as estratégias a utilizar no plano de ação, orientando assim a pesquisa, tendo presente que a metodologia se caracteriza por um *“conjunto dos métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científico.”* (Fortin 1999, p.372). Neste capítulo, referimo-nos ao desenho do estudo, tipo do estudo, à população e amostra, às técnicas de recolha de dados e sua aplicação, bem como ao tratamento dos dados obtidos.

A pesquisa constitui-se de um estudo de carácter exploratório e descritivo, com uma abordagem quantitativa, cujo propósito foi avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem: padrão de qualidade a partir da satisfação do cliente hospitalizado até à implementação da organização de cuidados de enfermagem. É exploratório, porque, *“ (...) se refere a relações de causa e efeito entre algumas variáveis selecionadas”* (Salgueiro, 2001, p.106). É considerado um estudo descritivo pois *“visa caracterizar os fenómenos”* Fortin (1999: p.170) e tem como objetivo *“discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo”* (p.162).

De acordo com Lo Biondo-Wood e Haber (2001), estudos survey descritivos/exploratórios permitem-nos colher descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes, fazendo assim planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção de saúde. E também, as variáveis de

interesse podem ser classificadas como opiniões, atitudes ou factos e os dados da pesquisa podem ser colhidos por um questionário ou uma entrevista.

## **1 - TRABALHO DE CAMPO**

O trabalho de campo seguiu um percurso metodológico partindo dos seguintes objetivos que passamos a relembrar:

- Traduzir e adaptar culturalmente a “Escala de Perceção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados” (EPAECQC) para Tétum;
- Identificar o perfil de cuidados dos timorenses a partir da opinião dos enfermeiros que prestam cuidados;
- Analisar a opinião dos enfermeiros face a intervenções que garantem qualidade;
- Descrever os cuidados de enfermagem mais frequentes;
- Descrever necessidades de formação dos enfermeiros timorenses.

Inquietados com o trabalho dos enfermeiros, elaborámos a seguinte pergunta de partida: como percebem os enfermeiros timorenses as suas atividades face a domínios de padrões que garantem a relação com a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados?

As questões de investigação são uma das partes fulcrais de uma investigação. Face ao explorado no início do enquadramento teórico, foi possível elaborar as questões de investigação que constituíram a base à orientação da investigação:

- Quais as características dominantes dos enfermeiros em Timor-Leste?
- Que opiniões têm os enfermeiros sobre os cuidados no seu serviço?
- Quais os cuidados mais frequentes nos serviços em Timor-Leste?
- Como funcionam as unidades na área dos cuidados de enfermagem?

Pretende-se com este trabalho caracterizar um conjunto de enfermeiros e descrever a sua opinião face à responsabilidade destes profissionais de saúde quanto à escassez de recursos.

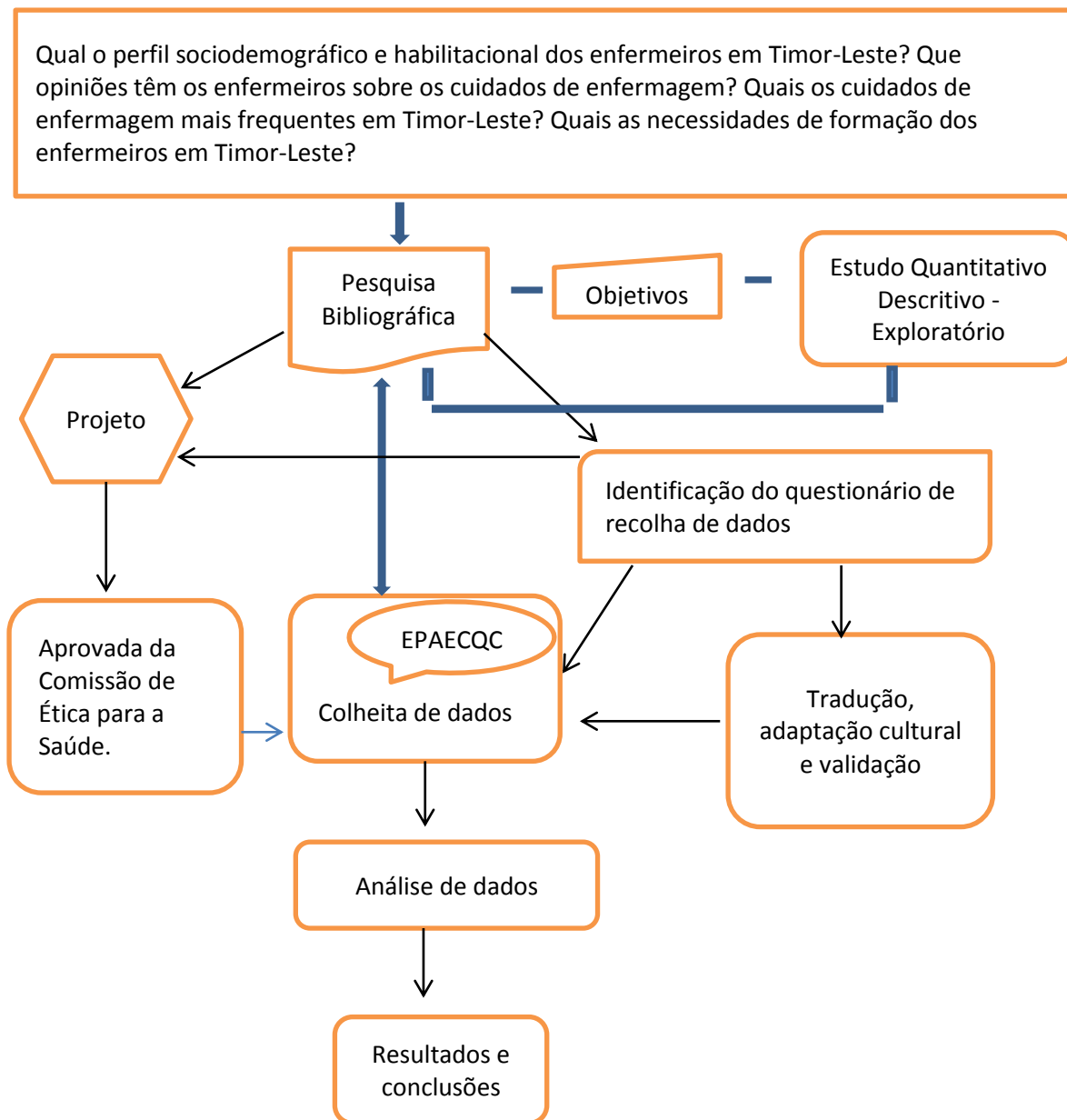
### **1.1 - Desenho do Estudo**

O desenho de um estudo funciona como um plano que permite responder às questões de investigação delineadas. Para Fortin (2009) o desenho de investigação define mecanismos de controlo, tendo por objetivo minimizar os riscos de erro.

A pesquisa constitui-se num estudo exploratório, descritivo e que se vale da revisão bibliográfica dirigida especialmente aos trabalhos nacionais e internacionais. Iniciámos pela pesquisa bibliográfica que foi realizada nos meses de maio e junho de 2015 nas bases de dados: EBSCOHost, Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, ERIC, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Regional Business News, SPORT Discus with Full Text. Utilizando o termo de busca: (“Nursing care” (“cuidados de enfermagem”)) AND (“quality management” (“gestão da qualidade”)) OR (“health management” (“gestão de saúde”)) OR (“quality Assurance” (“melhoria qualidade”)) AND (“health care” (“cuidados de saúde”)) OR (“total quality management” (“gestão da qualidade total”)) OR AB (“Nursing care” (“cuidados de enfermagem”)) AND (“quality management” (“gestão da qualidade”)) OR (“health management” (“gestão de saúde”)) OR (“quality Assurance” (“melhoria qualidade”)) AND (“health care” (“cuidados de saúde”)) OR (“total quality management” (“gestão da qualidade total”)). Foram pesquisados trabalhos realizados nos últimos cinco (5) anos, resultando na revisão de 112 artigos.

O esquema seguinte representa o caminho por nós percorrido para alcançar as conclusões do trabalho a que nos propusemos:

Figura 6 - Desenho do Estudo



## 1.2- Variáveis em estudo

As variáveis são, na sua génese, as propriedades que são estudadas pelo investigador numa determinada investigação. “A variável (...) é algo que varia”. (...)” É qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores” (Polit, 2004:46). O mesmo autor enuncia que o investigador frequentemente se questiona sobre a relação existente entre duas ou mais variáveis. As variáveis poderão ser classificadas “em função do papel que ela tem em um determinado estudo” (Polit, 2004:47).

Segundo Fortin (1999), a variável define-se como sendo a “*caraterística de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diversos valores*” (p.376). Para melhor compreensão do estudo, seguidamente descreveremos as variáveis a estudar:

- Variável sociodemográfica (quadro 1)
- Variável padrões de qualidade (quadro 2)
- Variável funcionamento dos cuidados (quadro 3)
- Variável frequência dos cuidados (quadro 4)

Quadro 1 - Caraterísticas sociodemográficas

| Componente             | Dimensões   | Indicadores         |
|------------------------|---|---------------------|
| Género                 |   | Feminino/masculino  |
| Idade                  |   | Anos completos      |
| Exercício profissional | Profissional  | Anos completos      |
|                        | Exercício na área de gestão   | Sim / não           |
|                        | Exercício nos cuidados  | Sim / não           |
|                        | Anos de exercício profissional  | Anos                |
|                        | Exercício no ano atual  | Anos                |
| Grau Académico         | Ano de escolaridade antes do curso de enfermagem  | Anos                |
|                        | Curso de Enfermagem   | Anos                |
|                        | Curso Superior de Enfermagem:<br>- Especialidade<br>- Pós-graduação<br>- Mestrado<br>- Outros | - Anos<br>- Sim/não |

É essencial a inserção de *variáveis sociodemográficas* no estudo, na medida que estas são importantes para traçar o perfil das características dos sujeitos da amostra.

Quadro 2 - Variável padrões de qualidade

| <b>Categorias</b>           | <b>Dimensão</b>  | <b>Indicador</b> |
|-----------------------------|--|------------------|
| Satisfação do Cliente       | Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam. | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)   | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados.   | 1 a 4            |
| Promoção da Saúde           | Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade                               | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis   | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente                                    | 1 a 4            |
| A Prevenção de Complicações | Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente  | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações   | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis                             | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.                                      | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.               | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam.                        | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.                                  | 1 a 4            |
|                             | Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que   | 1 a 4            |

| Categorias                             | Dimensão   | Indicador |
|--|--|-----------|
| O Bem-estar e o autocuidado            | contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.   |           |
|  | Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.  | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.  | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.                                    | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam   | 1 a 4     |
| Readaptação Funcional                  | Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem   | 1 a 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.   | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.  | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.  | 1 a 4     |
| Organização dos cuidados de enfermagem | Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.  | 1 a 4     |
|  | Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital   | 1 a 4     |

A variável padrões de qualidade suporta-se no processo de trabalho dos enfermeiros, tem como fonte os Padrões de Qualidade dos Enfermeiros de Portugal, e faz parte integrante do questionário que escolhemos para suportar o estudo.

Quadro 3 - Variável funcionamento dos cuidados

| Categorias                | Dimensão  | Indicador      |
|---------------------------|---|----------------|
| Dúvidas sobre os cuidados | Pergunto ao médico  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Pergunto aos colegas  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Pergunto ao Enfermeiro Chefe  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Vou ler em livros ou vou à internet   | Sim-1<br>Não 2 |
| Intercorrências           | Não digo nada   | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Digo ao médico  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Digo ao Enfermeiro Chefe.   | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Registo   | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Aguardo que se descubra   | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Não digo nada   | Sim-1<br>Não 2 |
| Falta de material         | Com o Enfermeiro Chefe  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Com o Médico  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Com os doentes  | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Não falo com ninguém  | Sim-1<br>Não 2 |
| Método de trabalho        | Tarefa (cada enfermeiro faz uma tarefa para todos os doentes, Pensos, medicação)              | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Método individual (um enfermeiro faz todos os cuidados a um ou vários doentes)                | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Enfermeiro responsável (um enfermeiro é responsável pelo doente da admissão à alta)           | Sim-1<br>Não 2 |
|                           | Método em equipa (um grupo de enfermeiros com um líder presta cuidados a um grupo de doentes) | Sim-1<br>Não 2 |

A variável funcionamento está ligada à dimensão da qualidade estrutura e diretamente aos cuidados de enfermagem.

Quadro 4 - Variável frequência dos cuidados

| Categories                                 | Dimensão  | Indicador |
|--|---|-----------|
| Higiene e cuidados pessoais                | Dar banho na cama   | 1 a 4     |
|  | Dar banho no chuveiro   | 1 a 4     |
|  | Cuidados aos cabelos  | 1 a 4     |
| Arranjar-se                                | Vestir e despir   | 1 a 4     |
| Alimentação                                | Alimentação nas refeições                                       | 1 a 4     |
|  | Hidratação nos intervalos das refeições                         | 1 a 4     |
|  | Entubação   | 1 a 4     |
| Movimentação                               | Posicionamento na cama  | 1 a 4     |
|  | Posicionamento na cadeira                                       | 1 a 4     |
|  | Mobilização na cama   | 1 a 4     |
|  | Deambulação   | 1 a 4     |
| Eliminação                                 | Ajuda na ida ao sanitário                                       | 1 a 4     |
|  | Colocar aparadeiras   | 1 a 4     |
|  | Algáliação  | 1 a 4     |
| Terapêutica                                | Medicação por via oral  | 1 a 4     |
|  | Medicação intramuscular   | 1 a 4     |
|  | Medicação endovenosa  | 1 a 4     |
|  | Medicação por outras vias                                       | 1 a 4     |
| Tratamentos                                | Pensos de feridas cirúrgicas                                    | 1 a 4     |
|  | Pensos de feridas abertas                                       | 1 a 4     |
|  | Aspiração de secreções  | 1 a 4     |
| Sinais vitais                              | Avaliação da temperatura  | 1 a 4     |
|  | Avaliação da TA   | 1 a 4     |
|  | Avaliação do pulso  | 1 a 4     |
|  | Avaliação da respiração   | 1 a 4     |
| Atividades especiais / de apoio e educação | Ensino sobre estilos de vida                                    | 1 a 4     |
|  | Ensino sobre as situações patológicas                           | 1 a 4     |
|  | Ensinos sobre prevenção de complicações                         | 1 a 4     |
|  | Ensino sobre a adaptação dos autocuidados à situação patológica | 1 a 4     |
|  | Ensino a familiares cuidadores                                  | 1 a 4     |

|                                     |   |       |
|-------------------------------------|---|-------|
|                                     | Os enfermeiros na atenção a família no caso de obtido | 1 a 4 |
| Avaliação e planeamento de cuidados | Colheita de dados no momento de admissão - anamnese   | 1 a 4 |
|                                     | Plano de cuidados                                     | 1 a 4 |
|                                     | Notas de enfermagem                                   | 1 a 4 |
|                                     | Carta na alta   | 1 a 4 |

A variável frequência dos cuidados está ligada à dimensão da qualidade processo e resultados diretamente aos cuidados de enfermagem.

### **1.3- População e amostra**

Segundo Fortin (2000), a população é uma coleção de elementos ou sujeitos, que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Para a mesma autora, a população alvo reporta-se aos “elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. Segundo Beck et al., (2004), uma particularidade importante nos estudos quantitativos, é que estes devem especificar as características que delimitam a população através dos critérios de seleção para a inclusão ou exclusão do estudo, pelo que delimitamos os seguintes critérios de exclusão:

- Estar em processos formativos
- Estar ausente no período da colheita de dados

O presente estudo foi realizado em duas instituições hospitalares (Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV)), localizada na cidade de Díli e Hospital Referência de Baucau (HRB), localizada no Distrito de Baucau, parte leste de Timor-Leste e, dois Centros da Saúde: Distrito de Lospalos (parte Leste) e Subdistrito de Vera Cruz, na cidade de Díli.

A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população que interessa esteja representada.

Consideramos que a amostra é um subconjunto dessa população (Polit, 2004) obtida através de um processo de seleção de uma porção da população e neste estudo a população, foram todos os enfermeiros que trabalham no Hospital Nacional Guido Valadares em Díli (HNVG), 292 enfermeiros; no Hospital Referência de Baucau (HRB), 77 enfermeiros; no Centro da Saúde Lospalos, 14 enfermeiros; no Centro da Saúde de Vera Cruz de Díli, 16 enfermeiros. Esta subpopulação faz parte de uma população maior que é população dos enfermeiros que trabalhavam no Ministério da Saúde de todos os territórios de Timor-Leste é constituída por um total de 1142 enfermeiros, sendo 414 do sexo feminino (36,3%), e 728 (63,7%) do sexo masculino.

A fim de compreendermos a representação da população, considerando que a amostragem foi não probabilística intencional, podemos agora afirmar que no Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV), obteve-se uma amostra de 146 (50%) do total; no Hospital Referência de Baucau (HRB), obteve-se uma amostra de 69 (89,6%) do total, no Centro da Saúde de Lospalos, a população é constituída por 14 elementos, tendo-se obtida uma amostra de 5 (35,7%), no Centro da Saúde de Vera Cruz, a população é constituída por 12 elementos, tendo-se obtida uma amostra de 6 (50%).

#### **1.4- Instrumento de colheita de dados**

Para a colheita de dados utilizamos um questionário estruturado. Esta escolha deveu-se, nomeadamente à gestão do tempo disponível, uma vez que constitui uma forma mais rápida e económica de recolher informação. Segundo Fortin (2009) o (...) questionário tem por objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

A base de trabalho foi um questionário denominado de “Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Padrões de Qualidade” traduzido e adaptado pelo grupo de peritos.

O questionário da *Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade de Cuidados* (EPAECQC) é constituído por 4 dimensões, nomeadamente: o grupo que se refere à caracterização sociodemográfica; a segunda dimensão sobre padrões que

garantem a qualidade; a terceira sobre o funcionamento dos cuidados, e a quarta sobre a frequência das atividades dos enfermeiros. A sua construção teve várias fontes: a primeira e terceira foram construídas procurando determinar o perfil dos enfermeiros e o funcionamento dos cuidados de enfermagem; a segunda e quarta parte, focalizam-se nas atividades dos enfermeiros e dizem respeito à EPAECQC – MARTINS, & GOLÇALVES, (2013).

Elaborado o instrumento de colheita de dados, houve necessidade de o submeter à apreciação por seis peritos: um professor da Universidade; um enfermeiro sénior; dois professores da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde (FMCS) - Departamento Escola de Enfermagem (DEE) - UNTL; e um enfermeiro que estava a trabalhar no Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV) e também a orientar os estudantes da faculdade. Este grupo teve a incumbência de fazer a tradução da língua portuguesa para língua tétum, a adaptação cultural ao país, e, posteriormente, esta escala foi analisada de forma a ser validada.

Após as observações, críticas e sugestões dos mesmos, reformulámos algumas questões de forma a facilitar a compreensão dos inquiridos. Seguidamente, procedeu-se à realização de um pré-teste (piloto) com o objetivo de detetar eventuais falhas existentes. Fortin (1999,p.373) define pré-teste (piloto) como sendo a *“medida de uma variável efetuada nos sujeitos antes que seja aplicado o questionário”*. O pré-teste (piloto) foi aplicado aos enfermeiros que trabalham no Hospital Nacional. Após apreciação pelos enfermeiros houve necessidade de reformular a questão com quatro dimensões para facilitar a resposta dos inquiridos. (Anexo II).

### **1.5- Procedimentos de colheita de dados e éticos**

Através da pesquisa bibliográfica foram encontrados artigos que deram suporte a esta investigação, e emergiram os questionários que se utilizaram para a recolha de dados, nomeadamente a EPAECQC. Desenvolveu-se um pré-projeto que foi aprovado pela Comissão da Ética para a Saúde na instituição onde se desenrolou o estudo (Anexo III).

Partimos para o trabalho de campo durante 2 meses (21 de fevereiro até 21 de abril de 2015). Num primeiro momento, realizámos os encontros com os grupos de peritos (fizeram tradução para tétum, a adaptação cultural e a validação da EPAECQC), em Díli. No segundo

momento, utilizaram-se cinco (5) enfermeiros como treino-piloto, com o objetivo de identificar qual o grau de dificuldade de compreensão no preenchimento dos questionários.

Seguiu-se a terceira fase com a aplicação dos instrumentos no campo escolhido, através do coordenador dos enfermeiros da unidade. Estes fizeram a distribuição por todos os enfermeiros que trabalham nas suas unidades. Posteriormente levantaram os questionários e discutidos com o coordenador da unidade as dificuldades que tiveram durante o preenchimento dos questionários.

A quarta fase foi a codificação dos questionários e o lançamento no programa SPSS<sup>20</sup>, vindo depois a fazer-se a análise dos dados com recurso da estatística descritiva na globalidade e o recurso a testes não paramétricos para verificar a associação entre a formação e as várias variáveis.

Em investigação é importante proteger os direitos e liberdade dos inquiridos. Portanto, para a realização da investigação, tivemos em consideração todas as precauções formais e éticas. Para Fortin (2009) os (...) cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e, por fim, o direito a um tratamento justo e legal.

A fim de garantir este princípio consideramos ser necessário:

- Pedir a aplicação do questionário ao Hospital Nacional Guido Valadares (HNGV), Hospital Referência de Baucau (HRB), Centros de Saúde com internamento dos clientes.
- Distribuir o questionário e recolher o mesmo, seguindo um plano a acordar com a direção do Hospital e do Centro da Saúde.
- Garantir a confidencialidade e livre adesão do seu preenchimento.

No presente estudo pretendeu-se respeitar de forma absoluta os direitos descritos, desde a seleção dos participantes na amostra, até à apresentação e discussão dos resultados.

### **Procedimento de colheita de dados**

Antes da aplicação do questionário, começámos por pedir autorização para a realização deste estudo à Direção Clínica dos Hospitais, e foi aprovado em Fevereiro de 2015. Ao obtermos esse consentimento formal, tivemos uma reunião com os enfermeiros chefe dos serviços que teve como objetivo comunicar a finalidade do estudo. Nesta reunião foi facultada uma cópia do questionário, bem como foi reiterado que ao preencher os questionários considerava-se que os enfermeiros consentiam na utilização dos dados.

A investigação contribui para o avanço dos conhecimentos científicos, mas quando esta é efetuada em seres humanos, é essencial uma atenção especial no que concerne à salvaguarda do respeito pelos direitos fundamentais das pessoas. Desta forma, a metodologia científica a utilizar em investigação clínica deve basear-se no cumprimento de diretrizes éticas, entre as quais destacamos (FORTIN,2003, p. 114-120):

- ✓ O direito à autodeterminação que se baseia no princípio ético do respeito pela pessoa do qual decorre que a pessoa, ao ser solicitada a participar no estudo, decide voluntariamente se quer participar no estudo.
- ✓ O direito à intimidade, em que o investigador tem a responsabilidade de assegurar o anonimato e a confidencialidade, sendo o estudo o menos invasivo possível.
- ✓ O direito ao anonimato e à confidencialidade ao respeitar que a identidade do sujeito não é associada às respostas individuais, bem como os dados pessoais não poderem ser divulgados sem consentimento da mesma.

Em todos estes direitos anteriormente mencionados encontra-se presente a noção de consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido e essencial em qualquer investigação. Este vem contemplado na sequência do direito à informação, em que o investigador fornece toda a informação essencial referente ao estudo, esclarece dúvidas para que o sujeito possa decidir de forma consciente a sua participação no estudo.

No que respeita à enfermagem em particular, o Classificação de Doentes/Enfermagem (CDE) no seu artigo 85º - Do dever do sigilo, alínea c) refere que *“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”*.

Neste caso, existe uma relação estreita entre o dever do sigilo do enfermeiro como forma de preservar o direito à confidencialidade, mas também o direito ao anonimato e à reserva da vida privada, bem como o respeito pela intimidade das pessoas em estudo.

Este dever de “guardar segredo” prende-se com a responsabilidade profissional dos enfermeiros que devem assumir uma conduta ética no processo de investigação e na análise das práticas, nomeadamente no garante da proteção da identidade e integridade da população em estudo. Todos os anteriormente referidos são essenciais na investigação e da inteira responsabilidade do investigador. No caso do presente estudo, os aspetos éticos foram acautelados, nomeadamente o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados obtidos em questionário. Após a entrega do pedido de autorização do estudo, dirigido ao Conselho de Administração dos Hospitais e Centros de Saúde, houve uma análise do projeto de investigação, pelo conselho Ética da instituição, seguida de reuniões de esclarecimento, após as quais foi emitida a autorização da realização do mesmo (Anexo III).



## **PARTE III – TRAÇADO DAS OPINIÕES DOS ENFERMEIROS – APRESENTAÇÃO DOS DADOS**

A opinião dos enfermeiros depende do nível de maturidade psicológica e profissional, e é influenciada pelo estado de espírito ou atitude de cada um dos participantes em relação à realidade particularmente às condições do trabalho.

Os resultados do estudo advêm da análise do questionário, que adaptámos dum estudo desenvolvido para a Criação da EPAECQC) – MARTINS, MM; GOLÇALVES, M.N. (2013) e a terceira parte tem como base as atividades dos enfermeiros, criada especificamente para este fim.

Em seguida, procedemos à análise de dados, o que nos possibilitou a análise a opinião dos enfermeiros sobre as suas atividades e qualidade assistencial. Para analisar os dados, utilizámos distribuições de frequências absolutas e relativas. Assim, os dados serão apresentados em tabelas e gráficos, acompanhados da análise respetiva.

### **1 - Caraterização da amostra**

A amostra é constituída por enfermeiros timorenses, sendo (51,8%) do género feminino e (48,2%) do masculino. Relativamente à idade verifica-se que (41,2%) dos enfermeiros têm idades compreendidas entre 43 e 52 anos, e apenas (27%) com idade entre 53 e 62 anos, com desvio padrão de 0,87. O nível da escolaridade dos enfermeiros timorenses (77%) é 9 de anos de escolaridade, e (23 %) é 12 de anos de escolaridade. Da nossa amostra

(54%) dos enfermeiros possuíam o Curso de Enfermagem do nível educação básica, e, (46%) têm Curso Superior de Enfermagem.

### 1.1 - Exercício profissional

A fim de caracterizar o exercício profissional consideramos os anos de exercício profissional global bem como anos no atual serviço e ainda a área do exercício como verificamos nas tabelas que se seguem.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com os anos de exercício profissional e anos atual do serviço profissional

| Variável                              | Nº | %      |
|---------------------------------------|----|--------|
| <b>Anos de exercício profissional</b> |    |        |
| 1 – 10 Anos                           | 37 | 16,4 % |
| 11 – 20 Anos                          | 22 | 9,7 %  |
| 21 – 30 Anos                          | 43 | 19,0 % |
| 31 – 40 Anos                          | 68 | 30,1 % |
| 41 – 50 Anos                          | 56 | 24,8 % |
| <b>Anos no atual serviço</b>          |    |        |
| 1 – 5 Anos                            | 50 | 22,1 % |
| 6 – 10 Anos                           | 36 | 15,9 % |
| 11 – 15 Anos                          | 59 | 26,1 % |
| 16 – 20 Anos                          | 37 | 16,4 % |
| 21 – 25 Anos                          | 18 | 8,0 %  |
| 26 – 30 Anos                          | 18 | 8,0 %  |
| Mais 30 anos                          | 8  | 3,5 %  |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 1 em relação aos anos de exercício profissional que a maioria dos enfermeiros situa-se na faixa etária (31 - 40) anos, correspondem a (30,1%) da amostra, e número de enfermeiros cujos anos no atual serviço se situa no grupo (11-15) anos, correspondendo a (26,1%) da amostra, o que garante um nível de experiência profissional elevado.

Face ao tipo de estudo é importante identificar se os enfermeiros são dos cuidados ou da área da gestão onde se verificou que todos exercitavam cuidados conforme verificamos de seguida apenas alguns se dedicam à gestão.

Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros de acordo com exercício na área de gestão e exercício nos cuidados

| Variável                           | Nº | % |
|------------------------------------|----|---|
| <b>Exercício na área da gestão</b> |    |   |

|     |     |       |
|-----|-----|-------|
| Sim | 42  | 18,6% |
| Não | 184 | 81,4% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 2 - que (81,4%) dos participantes executar apenas cuidados sendo que a área do exercício na área de gestão é (18,6%) da amostra. Considerando que os enfermeiros, como membros da equipa de saúde, são corresponsáveis perante a população e a organização onde trabalham, pela qualidade dos serviços prestados. Isto significa que é necessário conhecer e compreender tanto os hábitos de saúde da população como os fatores organizacionais, para dimensionar as práticas e a formação profissional, tem um contributo específico para a promoção de saúde das populações.

## **2 - Padrões da qualidade**

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 sobre as formas de otimizar os recursos humanos existentes na melhoria dos cuidados de saúde, quanto à forma como todos estão envolvidos, quanto à forma como os serviços de saúde respondem às necessidades da população.

Apresentamos de seguida os dados que nos irão permitir a compreensão e implementação dos padrões da qualidade de enfermagem através EPAECQC pela distribuição por frequências absolutas e frequências relativas dos casos por cada item que compõe os questionários.

### **2.1. A satisfação do cliente**

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 percepção sobre o cuidado recebido. 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.

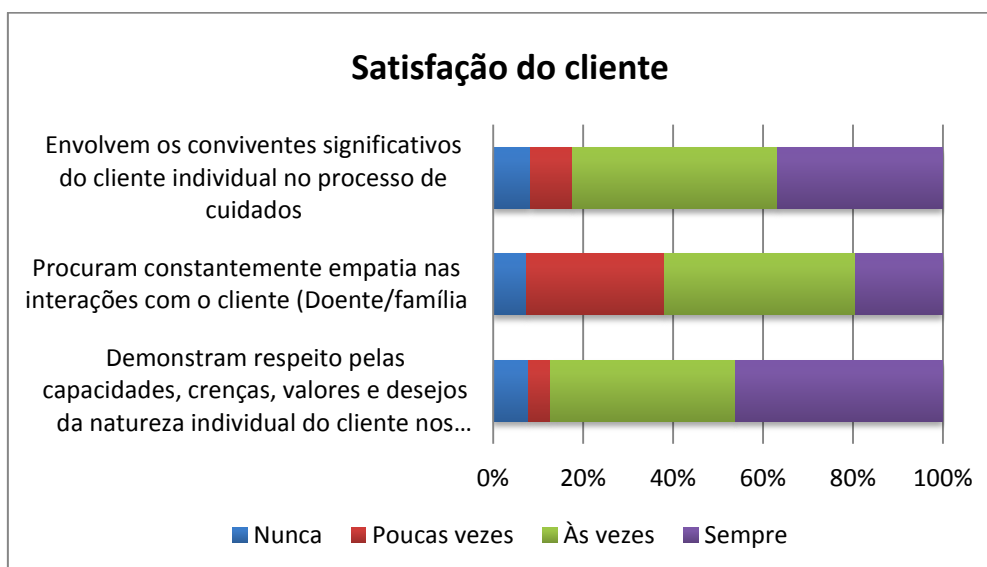
A satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem relaciona-se com os comportamentos, atitudes (relacionais e comunicacionais) e competências dos profissionais de enfermagem, nomeadamente as competências pessoais, salientando as relações pessoais e preocupação e solicitude em relação aos outros;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

Tabela 3 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre satisfação do cliente

| Variável   | Nunca |      | Poucas vezes |       | Às vezes |       | Sempre |       |
|--|-------|------|--------------|-------|----------|-------|--------|-------|
|  | Nº    | %    | Nº           | %     | Nº       | %     | Nº     | %     |
| Demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam | 18    | 8%   | 11           | 4,9%  | 93       | 41,2% | 104    | 46%   |
| Procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (Doente/família)  | 17    | 7,5% | 69           | 30,5% | 96       | 42,5% | 44     | 19,5% |
| Envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados   | 19    | 8,4% | 21           | 9,3%  | 103      | 45,6% | 83     | 36,7% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 3 - que os participantes (46%) são de opinião que **sempre** demonstram o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos dos clientes e (41,2%) os enfermeiros fazem-no **às vezes**. Sobre se procuram constantemente empatia nas interações com o cliente apenas (19,5%) o faz **sempre** e (42,5%) referiram que o fazem **às vezes**; considerando se envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (36,7%) fazem-no **sempre**, e (45,6%) **às vezes**.

Gráfico N°1 - Representação da satisfação do cliente



2.2. A promoção da Saúde

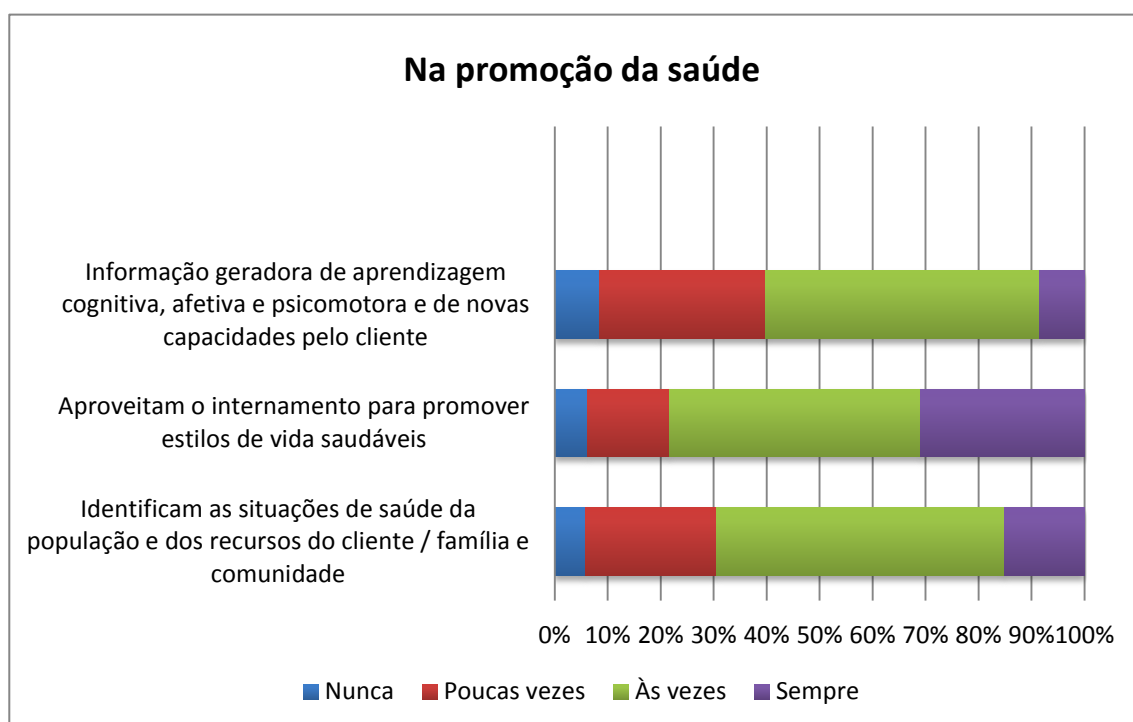
A promoção da saúde desenvolvida pelos enfermeiros contribui para garantir a implementação dos padrões da qualidade a partir de uma filosofia de prevenção da doença. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, 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.

Tabela 4 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a promoção da saúde

| Variável   | Nunca |      | Poucas vezes |       | Às vezes |       | Sempre |      |
|--|-------|------|--------------|-------|----------|-------|--------|------|
|  | Nº    | %    | Nº           | %     | Nº       | %     | Nº     | %    |
| Identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade          | 13    | 5,8% | 56           | 24,8% | 123      | 54,4% | 34     | 15,0 |
| Aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis  | 14    | 6,2% | 35           | 15,5% | 107      | 47,3% | 70     | 31%  |
| Informação geradora de aprendizagem cognitiva, afetiva e psicomotora e de novas capacidades pelo cliente | 19    | 8,4% | 71           | 31,4% | 117      | 51,8% | 19     | 8,4% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 4 – que os enfermeiros (54,4%) dizem que **às vezes** identificam as situações de saúde da população; (51,8%) transmitiram aprendizagem cognitiva, afetiva e psicomotora e de novas capacidades para o cliente, e (47,3%) aproveitam o tempo do internamento para promover estilos de vida saudáveis. Na opinião dos enfermeiros, apenas (8,4%) fornecem **sempre** informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, aumentando para (31%) o número dos que aproveitam **sempre** o internamento para promover estilos de vida saudáveis, e apenas (15%) dos enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade.

Gráfico N°2 - Representação da promoção da saúde



### 2.3. A prevenção de complicações

Os cuidados de enfermagem visam a promoção dos projetos de saúde ao “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procuram a satisfação das necessidades humanas básicas e a máxima independência na realização das atividades de vida (...) através de

processos de aprendizagem do cliente. Os enfermeiros procuram, em todo o desempenho profissional, a excelência do exercício, e adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas que prestam cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade. De modo a que os cuidados de enfermagem minimizem ou previnam ” (OE,2001:13).

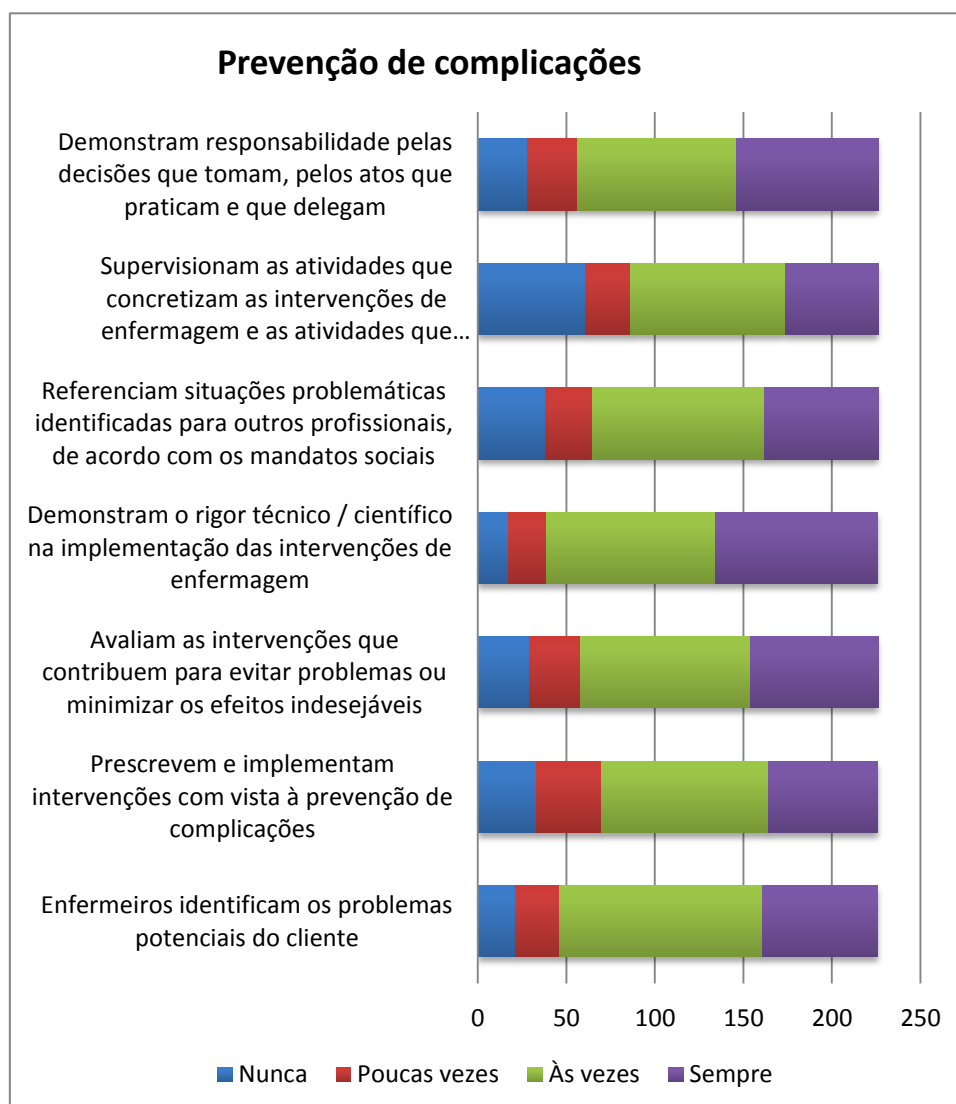
Tabela 5 - Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre prevenção de complicações

| Variável   | Nunca |       | Poucas vezes |       | Às vezes |       | Sempre |       |
|--|-------|-------|--------------|-------|----------|-------|--------|-------|
|  | Nº    | %     | Nº           | %     | Nº       | %     | Nº     | %     |
| Enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente   | 21    | 9,3%  | 25           | 11,1% | 115      | 50,9% | 65     | 28,8% |
| Prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                                    | 33    | 14,6% | 37           | 16,4% | 94       | 41,6% | 62     | 27,4% |
| Avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis              | 29    | 12,8% | 29           | 12,8% | 96       | 42,5% | 72     | 31,9% |
| Demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem                        | 17    | 7,5%  | 22           | 9,7%  | 95       | 42%   | 92     | 40,7% |
| Referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais | 38    | 16,8% | 27           | 11,9% | 97       | 42,9% | 64     | 28,3% |
| Supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam          | 61    | 27%   | 25           | 11,1% | 88       | 38,9% | 52     | 23%   |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam                    | 28    | 12,4% | 28           | 12,4% | 90       | 39,8% | 80     | 35,4% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados na tabela 5 - que dos participantes referem fazer **às vezes**: (50,9%) a identificação dos problemas potenciais do cliente; (41,6%) prescrição e implementação de intervenções; (42,5%) dos participantes avaliam as intervenções; (42%) demonstram o rigor técnico/científico; (42,9%) referenciam as situações problemáticas identificadas; (38,9%) supervisionam as atividades de enfermagem que delegam; (39,8%) demonstram as responsabilidades pelas decisões que tomam.

Na opinião dos enfermeiros dizem **sempre**: (28,8%) identificam os problemas potenciais do cliente; (27,4%) prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações; (31,9%) avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis; (40,7%) demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem; (28,3%) referenciam as situações problemáticas identificadas para outros profissionais de acordo com os mandatos sociais; (23%) supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam; e (35,4%) demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam ou delegam.

Gráfico N°3 - Representação de prevenção de complicações



## 2.4. O bem-estar e o autocuidado

De acordo com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), o enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado.

Os enfermeiros descrevem o conceito de saúde pela positiva, e em termos de bem-estar e autocuidado relacionam-nos com o desenvolvimento pessoal e social, nomeadamente das potencialidades dos indivíduos, e também da capacidade dos enfermeiros de aconselharem os utentes com vista a promover o seu bem-estar e autocuidado. O autocuidado em cada cliente é aprendido ao longo do seu crescimento e do seu desenvolvimento, através das relações interpessoais e da comunicação quer na família, com os colegas e os outros membros da sociedade. Também é importante levar em consideração o conjunto de atividades aprendidas em relação direta com as crenças, os hábitos, as práticas culturais e os costumes do grupo ao qual pertence o cliente que o pratica.

Tabela 6 - Distribuição da perceção dos enfermeiros do bem-estar e autocuidado

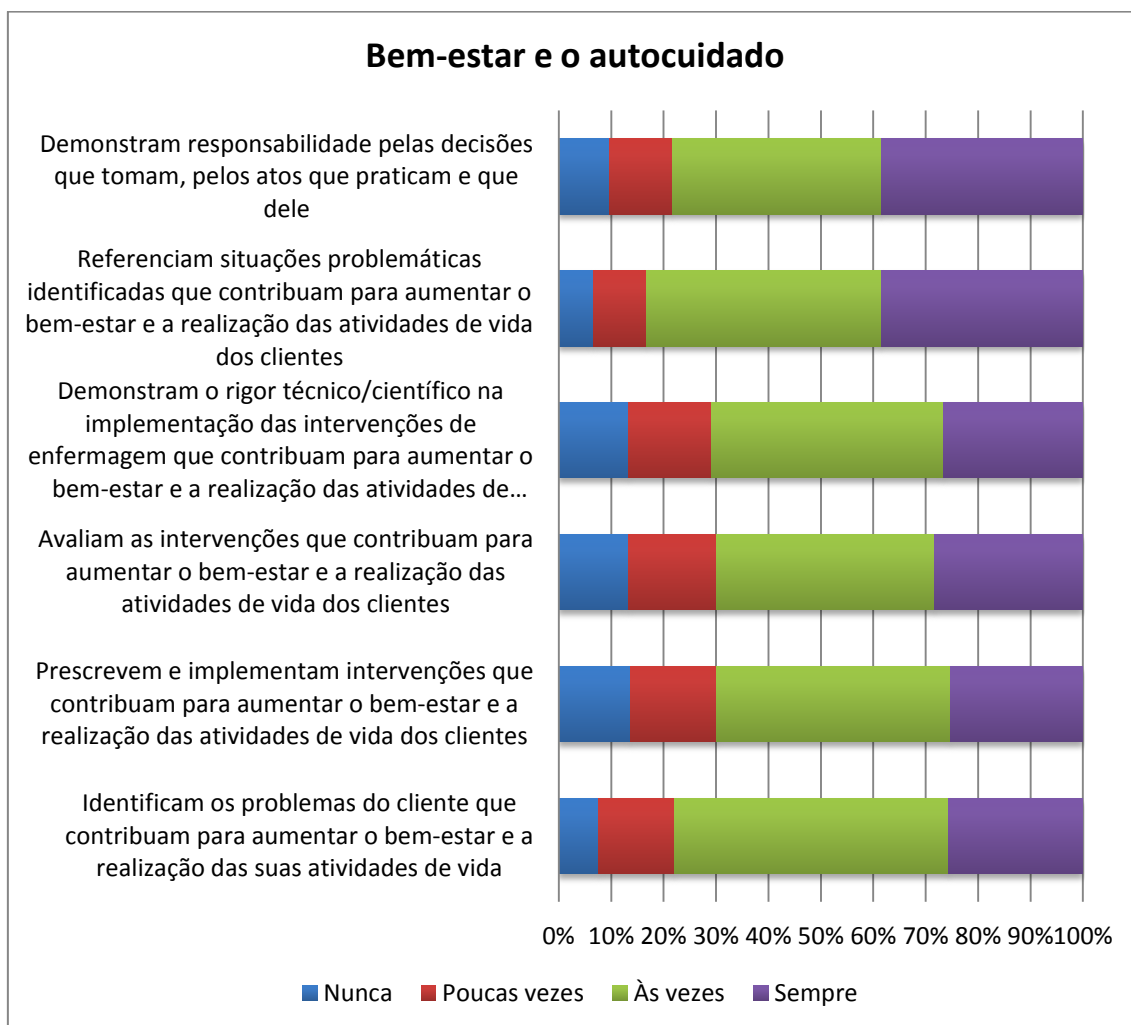
| Variável  | Nunca |       | Poucas vezes |       | Às vezes |       | Sempre |       |
|---|-------|-------|--------------|-------|----------|-------|--------|-------|
|   | Nº    | %     | Nº           | %     | Nº       | %     | Nº     | %     |
| Identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida   | 17    | 7,5%  | 33           | 14,6% | 118      | 52,2% | 58     | 25,7% |
| Prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes   | 31    | 13,7% | 37           | 16,4% | 101      | 44,7% | 57     | 25,2% |
| Avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes   | 30    | 13,3% | 38           | 16,8% | 94       | 41,6% | 64     | 28,3% |
| Demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | 30    | 13,3% | 36           | 15,9% | 100      | 44,2% | 60     | 26,5% |
| Referenciam situações   | 15    | 6,6%  | 23           | 10,2% | 101      | 44,7% | 87     | 38,   |

|   |    |      |    |       |    |       |    |       |
|---|----|------|----|-------|----|-------|----|-------|
| problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes |    |      |    |       |    |       |    | 5%    |
| Demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que dele                                | 22 | 9,7% | 27 | 11,9% | 90 | 39,8% | 87 | 38,5% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 6 – que mais uma vez, as maiores percentagens situam-se no **às vezes** sendo que a maioria dos participantes (52,2%) referiram fazer a identificação dos problemas dos clientes; (44,7%) ao mesmo resultado em dois itens que são: prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes e referenciam situações problemáticas identificadas; (41,6%) avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar; (44,2%) demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; e (39,8%) dos enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam.

Na opinião dos enfermeiros da amostra o grupo dos que se situam no sempre ocupam percentagens mais baixas em todas as componentes.

Gráfico N°4 - Representação de bem-estar e o autocuidado



## 2.5. A readaptação funcional

O enfermeiro procura, ao longo de todo o ciclo de vida, ensinar, orientar o utente no processo de readaptação funcional antes do regresso a casa, e também promover, paralelamente, a aprendizagem de forma a aumentar os recursos pessoais e de familiares cuidadores e comunitários de modo a capacitá-los a enfrentar os desafios que têm pela frente.

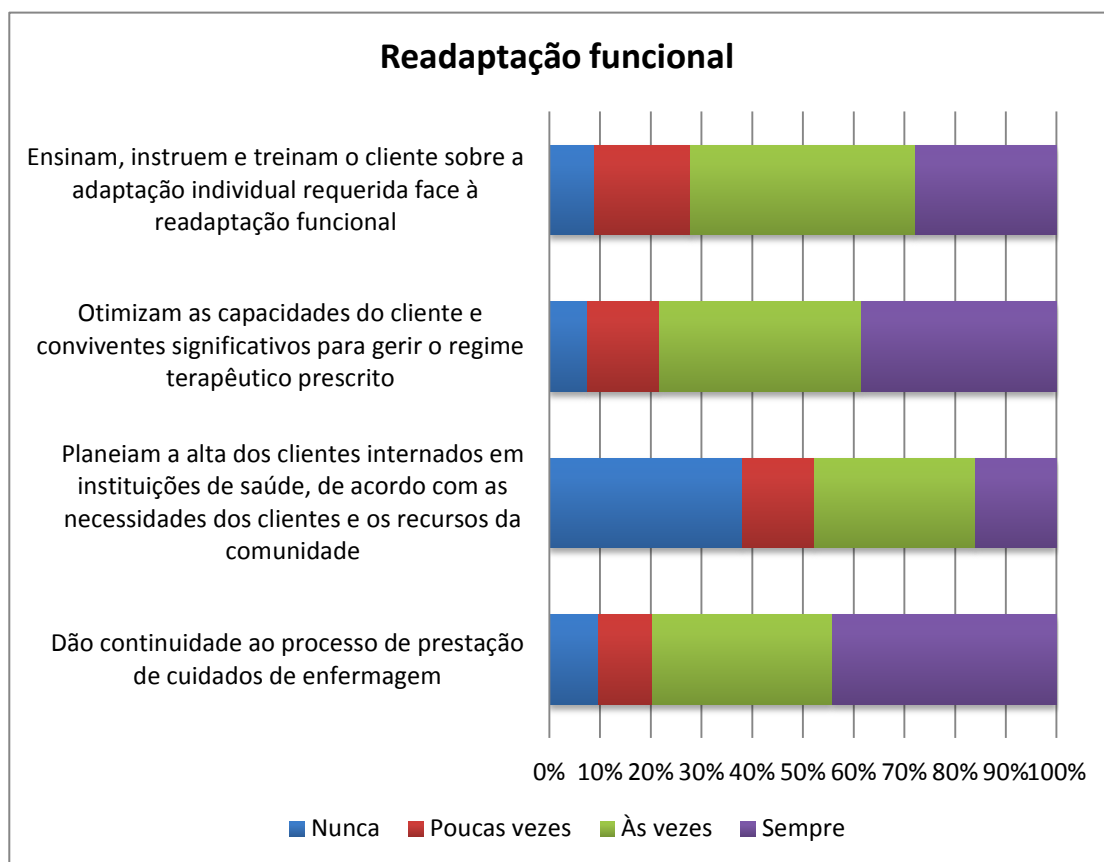
Tabela 7 - Distribuição da perceção dos enfermeiros sobre readaptação funcional

| Variável   | Nunca |       | Poucas vezes |       | Às vezes |       | Sempre |       |
|--|-------|-------|--------------|-------|----------|-------|--------|-------|
|  | Nº    | %     | Nº           | %     | Nº       | %     | Nº     | %     |
| Dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem  | 22    | 9,7%  | 24           | 10,6% | 80       | 35,4% | 100    | 44,2% |
| Planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade | 86    | 38,1% | 32           | 14,2% | 72       | 31,9% | 36     | 15,9% |
| Otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito                                | 17    | 7,5%  | 32           | 14,2% | 90       | 39,8% | 87     | 38,5% |
| Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional                                | 20    | 8,8%  | 43           | 19%   | 100      | 44,2% | 63     | 27,9% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 7 - que (44,2%) dos enfermeiros dizem **sempre** dar continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem, (38,5%) dizem promover a otimização das capacidades do cliente, sendo que apenas (15,9%) planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde de acordo com as necessidades dos utentes e os recursos da comunidade, e (27,9%) ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

Ainda considerando a opinião dos enfermeiros (44,2%) fazem **às vezes** fornecem ensino, instrução e treinamento; (39,8%) otimizam as capacidades do cliente; (31,9%) planeiam a alta dos clientes e (35,4%) dão continuidade ao processo de enfermagem. Por outro lado, (38,1%) salientam que **nunca** fazem o plano da alta dos clientes.

Gráfico N°5 - Representação de readaptação funcional



## 2.6. A organização dos Cuidados de Enfermagem

A importância da política de saúde em relação ao poder de agir e de partilha de saberes entre os diversos profissionais de saúde, o aumento da complexidade tecnológica e do cuidado, exigem cada vez mais que o enfermeiro assuma o seu importante papel na gestão do cuidado. Assim sendo, os enfermeiros assumem o papel na gestão de enfermagem no âmbito hospitalar, ao fortalecer a formação e o desenvolvimento de suas competências na área da gestão. Neste sentido, o conhecimento da organização dos cuidados de enfermagem ainda está em construção. Porém, apontam-se algumas dificuldades: a incerteza na formação do enfermeiro e saber como “abstrair” e “processar” estas mudanças na formação. Torna-se assim necessário que todos os enfermeiros compreendam a importância da sua ação na definição das políticas hospitalares, ao mesmo tempo precisa de ser socializado por todos os

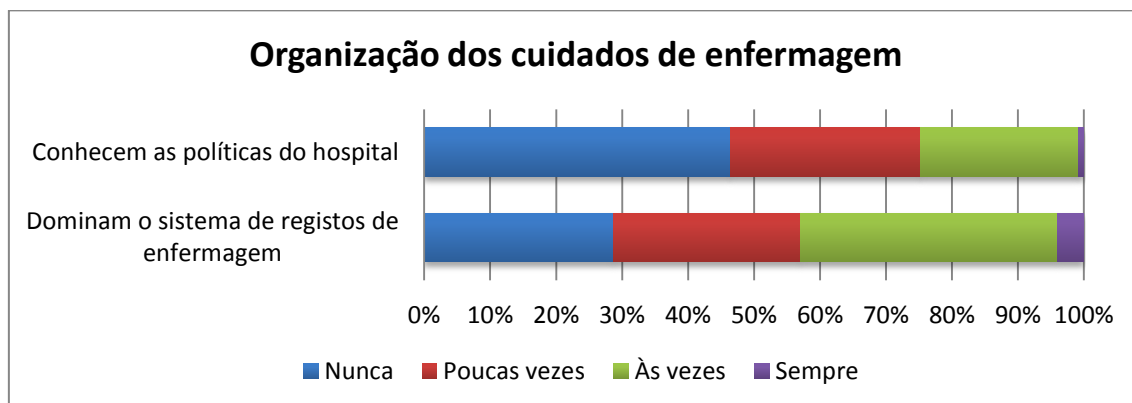
enfermeiros que devem assegurar as políticas da instituição na implementação de cuidados de enfermagem.

Tabela 8 – Distribuição da percepção dos enfermeiros sobre a organização dos cuidados de enfermagem

| Variável                                    | Nunca |       | Poucas vezes |       | Às vezes |       | Sempre |      |
|---|-------|-------|--------------|-------|----------|-------|--------|------|
|   | Nº    | %     | Nº           | %     | Nº       | %     | Nº     | %    |
| Dominam o sistema de registos de enfermagem | 65    | 28,8% | 64           | 28,3% | 88       | 38,9% | 9      | 4,0% |
| Conhecem as políticas do hospital           | 105   | 46,5% | 65           | 28,8% | 54       | 23,9% | 2      | 0,9% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 8 - que os enfermeiros dizem **às vezes** (38,9%) dominam o sistema de registos de enfermagem e (23,9%) conhecem as políticas do hospital. Quando analisado o **sempre** verificamos valores residuais sendo que apenas (0,9%) conhecem as políticas do hospital e (4%) dominam sempre o sistema de registos de enfermagem.

Gráfico N°6 - Representação da organização dos cuidados de enfermagem



Em síntese, verifica-se que em todos os domínios os valores das frequências das opiniões dos enfermeiros nos indicadores que sempre tomam valores mais baixos que os às vezes, o que nos leva a concluir que os enfermeiros necessitam de refletir sobre os cuidados em todos os padrões de qualidade e, ainda, que necessitam de aumentar a sua formação em algumas áreas, como por exemplo os registos e o conhecimento das suas organizações.

### 3 - O funcionamento dos cuidados

Os cuidados de enfermagem são as atividades básicas que compõem a prática da profissão. Em princípio, atender as necessidades humanas é o fundamento dos cuidados de enfermagem, podendo ser um guia para a promoção da saúde/doença. O cuidado é uma necessidade humana essencial (NEVES, 2002).

Tabela 9 - Distribuição opinião dos enfermeiros sobre os recursos quando tem dúvidas sobre os cuidados

| Variável  | Nº | %     |
|---|----|-------|
| Pergunto ao médico  | 46 | 20,4% |
| Pergunto aos colegas  | 21 | 9,3%  |
| Pergunto ao Enfermeiro chefe  | 47 | 20,8% |
| Vou Ler em livros ou vou à internet   | 11 | 4,9%  |
| Médico e colegas  | 5  | 2,2%  |
| Médico e chefe  | 12 | 5,3%  |
| Medico e ler  | 2  | 0,9%  |
| Colegas e chefe   | 7  | 3,1%  |
| Chefe e ler   | 1  | 0,4%  |
| Todos   | 35 | 15,5% |
| Pergunto ao médico e Pergunto aos colegas e Pergunto ao Enfermeiro chefe                  | 31 | 13,7% |
| Pergunto aos colegas e Pergunto ao Enfermeiro chefe e Vou Ler em livros ou vou à internet | 8  | 3,5%  |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 9 - que apenas (20,8%) enfermeiros, quando têm dúvidas sobre cuidados referenciar ao Enfermeiro Chefe; (20,4%) quando tem dúvidas sobre os cuidados pergunta ao médico; e cerca de (15,5%) referiram aos diversos membros da equipa (colegas, médicos, enfermeira chefe) e utilizar outros. Recursos como internet e livros.

Tabela 10 – Distribuição da opinião quando algum cuidado corre mal

| Variável  | Nº | %     |
|---|----|-------|
| Não digo nada   | 10 | 4,4%  |
| Digo ao médico  | 39 | 17,3% |
| Digo ao Enfermeiro Chefe.   | 59 | 26,1% |
| Registo   | 24 | 10,6% |
| Aguardo que se descubra   | 1  | 0,4%  |
| Não digo nada e digo ao Enfermeiro Chefe.                                     | 1  | 0,4%  |
| Não digo nada e Registo   | 8  | 3,5%  |
| Não digo nada e aguardo que se descubra                                       | 4  | 1,8%  |
| Digo ao médico e digo ao Enfermeiro Chefe.                                    | 24 | 10,6% |
| Digo ao médico e Registo  | 7  | 3,1%  |
| Digo ao Enfermeiro Chefe e Registo  | 14 | 6,2%  |
| Todos   | 7  | 3,1%  |
| Digo ao médico e Digo ao Enfermeiro Chefe e Registo e aguardo que se descubra | 28 | 12,4% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 10 - que os enfermeiros (26,1%), quando algum cuidado corre mal, dizem ao Enfermeiro Chefe, e (17,3%) indicam o médico; contudo, (12,4%) dos enfermeiros utilizam outras formas referidas na tabela para lidarem com a situação.

Tabela 11 – Distribuição das profissionais que são referenciados quando há faltas de materiais

| Variável  | Nº  | %     |
|---|-----|-------|
| Com o Enfermeiro chefe  | 174 | 77,0% |
| Com o Médico  | 18  | 8,0%  |
| Com os doentes  | 5   | 2,2%  |
| Não falo com ninguém  | 3   | 1,3%  |
| Com o Enfermeiro Chefe e com o Médico   | 13  | 5,8%  |
| Com o Enfermeiro Chefe e com os doentes                                       | 4   | 1,8%  |
| Com o Enfermeiro Chefe e com os doentes                                       | 1   | 0,4%  |
| Com o Médico e com os doentes   | 2   | 0,9%  |
| Com o Enfermeiro chefe e com o Médico e com os doentes e não falo com ninguém | 1   | 0,4%  |
| Com o Enfermeiro Chefe e com o Médico e com os doentes                        | 5   | 2,2%  |

Podemos verificar na tabela 11 - que os enfermeiros (77%) perguntam aos Enfermeiros Chefes quando há falta de material para os cuidados de enfermagem. Por outro lado, eles também referiram o médico mas apenas em (8,0%) das situações.

Em síntese, a funcionalidade dos cuidados passa por uma representação forte do papel do enfermeiro gestor pois é junto deste que os enfermeiros tiram dúvidas e referenciam a falta de materiais e pela sua contribuição na organização da assistência pelo método em equipa.

Tabela 12 - Distribuição de método de trabalho dos enfermeiros

| Variável   | Nº  | %     |
|--|-----|-------|
| Enfermeiro responsável   | 3   | 1,3%  |
| Método em equipa   | 144 | 63,7% |
| Tarefa e Método em equipa  | 1   | 0,4%  |
| Método individual e Enfermeiro responsável                             | 1   | 0,4%  |
| Método individual e Método em equipa                                   | 52  | 23,0% |
| Enfermeiro responsável e Método em equipa                              | 4   | 1,8%  |
| Tarefa e Método individual e Enfermeiro responsável e Método em equipa | 20  | 8,8%  |
| Método individual e Enfermeiro responsável e Método em equipa          | 1   | 0,4%  |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 12 - que os enfermeiros timorenses na sua maioria (63,7%) trabalham no método em equipa, seguindo-se a representação do método individual com o da equipa (23%).

Para analisar os métodos de trabalho, consideramos que o método do enfermeiro responsável é aquele em que há um enfermeiro responsável pelo utente da admissão à alta; método em equipa quando há um grupo de enfermeiros com um líder a prestar cuidados a um grupo de utentes; e o método à tarefa quando os enfermeiros são distribuídos para realizarem tarefas isoladas aos utentes.

### **3.1-Frequência de cuidados de enfermagem**

“O cuidado de enfermagem é um complexo de ações com vista ao suprimento de necessidades circunstanciais das vastas manifestações humanas dos pacientes...”, Silva e Damasceno (2005, p. 259), pelo que neste capítulo vamos apresentar a representação da frequência de cuidados de enfermagem que normalmente se fazem em todos os serviços.

#### Higiene e cuidados pessoais

Os cuidados de higiene pessoais são muito importantes: para manter a saúde do nosso corpo precisamos ter alguns cuidados, tais como tomar banho diariamente, cuidados aos cabelos, vestir-se e despir-se. Apresentar bons hábitos de higiene pode prevenir e aliviar a doença.

Tabela 13 - Distribuição dos cuidados de higiene e cuidados pessoais

| Variável             | Nunca |       | Diariamente |   | Raramente |       | Em todos os turnos |      |
|----------------------|-------|-------|-------------|---|-----------|-------|--------------------|------|
|                      | Nº    | %     | Nº          | % | Nº        | %     | Nº                 | %    |
| Banho na cama        | 224   | 99,1% | -           | - | 1         | 0,4%  | 1                  | 0,4% |
| Banho no chuveiro    | 226   | 100%  | -           | - | -         | -     | -                  | -    |
| Cuidados aos cabelos | 130   | 57,5% | -           | - | 95        | 42%   | 1                  | 0,4% |
| Vestir e despir      | 23    | 10,2% | -           | - | 202       | 89,4% | 1                  | 0,4% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 13 - que os enfermeiros dizem **nunca** usam o banho no chuveiro - o banho na cama é o mais representativo e é mencionado por (100%) dos enfermeiros, sendo que os cuidados aos cabelos não acontecem na opinião dos enfermeiros (57,5%) ou apenas **raramente** (42%). O vestir-se e despir-se é considerado como uma atividade que ocorre raramente (89,4%) das opiniões dos enfermeiros. É de salientar que na opinião dos enfermeiros as atividades de higiene e cuidados pessoais, banho na cama e banho no chuveiro, cuidados aos cabelos, vestir e despir, não ocorre diariamente. Também, a representação das frequências em todos os turnos é muito baixa, levando-nos a afirmar que a questão dos cuidados de higiene deve ser uma área de formação e discutida como componente em saúde e de bem-estar.

### 3.1.1- Alimentação

Uma alimentação saudável, isto é, adequada nutricionalmente tem influência no bem-estar físico e mental, no equilíbrio emocional, na prevenção e tratamento de doenças. Uma alimentação adequada deve ser completa, variada e equilibrada, respeitando as recomendações para uma alimentação saudável. Os cuidados com alimentação e deambulação são fundamentais e devem ser rotina para evitar problemas que podem surgir durante o tratamento (infecções e complicações). Quando a pessoa não se pode alimentar pela boca, o enfermeiro deve procurar uma opção, nomeadamente alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica.

Tabela 14 - Distribuição dos cuidados com a alimentação

| Variável                                | Nunca |       | Diariamente |       | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|---|-------|-------|-------------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|
|   | Nº    | %     | Nº          | %     | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Alimentação a pessoas dependentes       | 34    | 15%   | 30          | 13,3% | 162       | 71,7% | -                  | -     |
| Hidratação nos intervalos das refeições | 62    | 27,4% | 23          | 10,2% | 141       | 62,4% | -                  | -     |
| Entubação                               | 27    | 11,9% | 28          | 12,4% | 144       | 63,7% | 27                 | 11,9% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 14 - que os enfermeiros dizem **raramente** (71,7%) dar alimentação ao doente ou acompanhar o doente nas refeições; (62,4%) referiu que intervém na hidratação dos doentes nos intervalos das refeições; e (63,7%) dizem que alimentam o doente através de sonda. Naturalmente, sabemos que estes cuidados embora não sejam feitos por enfermeiros outras pessoas o fazem. Contudo, fica aqui, novamente, uma área de cuidados importante para ser discutida em processos de formação, considerando que parece não ser prioritário a execução desta atividade tão importante para o equilíbrio de saúde dos doentes e no processo de autonomia.

### 3.1.2-Movimentação

Como existem situações em que o paciente tem de permanecer acamado durante um período de tempo prolongado, por isso, todos os pacientes acamados devem movimentar-se com uma certa regularidade, tanto para terem uma maior comodidade como para prevenirem o desenvolvimento de complicações consequentes da imobilidade prolongada, como seja úlceras de pressão, pneumonias, anquiloses entre outras. Durante o período em que está internado o paciente tem dificuldades em se movimentar sozinho e vai necessitar da ajuda do enfermeiro.

Tabela 15 - Distribuição dos Cuidados na mobilidade

| Variável                  | Nunca |       | Diariamente |      | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|---------------------------|-------|-------|-------------|------|-----------|-------|--------------------|-------|
|                           | Nº    | %     | Nº          | %    | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Posicionamento na cama    | 53    | 23,5% | 34          | 15%  | 89        | 39,4% | 50                 | 22,1% |
| Posicionamento na cadeira | 50    | 22,1% | 22          | 9,7% | 134       | 59,3% | 20                 | 8,8%  |
| Mobilização na cama       | 151   | 66,8% | 3           | 1,3% | 72        | 31,9% | -                  | -     |
| Deambulação               | 133   | 58,8% | -           | -    | 93        | 41,2% | -                  | -     |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 15 - que os enfermeiros consideram a representação do **raramente** (59,3%) para o posicionamento na cadeira; (41,2%) na deambulação; (39,4%) no posicionamento na cama e (31,9%) mobilização na cama. A representação do **nunca** toma significação em cuidados tais como mobilização na cama (66,8%); deambulação (58,8%) e posicionamento na cama e na cadeira (23,5%) e (22,1%). É de salientar que a deambulação não é tida como cuidado diário nem em todos os turnos e a mobilização também não é considerada em todos os turnos, o que nos ajuda a

concluir que estes cuidados não são considerados como prioritários para a prevenção de sequelas da imobilidade, logo, mais uma das áreas e ter em conta na formação.

### 3.1.3- Eliminação

Necessidade de eliminação é uma parte importante dos cuidados. Os enfermeiros têm que ajudar o doente a superar as dificuldades de eliminação de fezes e urina. Por isso, antes de se estabelecer qualquer plano de cuidados, deverá ser avaliada ao nível da capacidade do paciente para que este possa superar a satisfação desta necessidade.

Tabela 16 - Distribuição dos cuidados de Eliminação

| Variável                  | Nunca |       | Diariamente |       | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|---------------------------|-------|-------|-------------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|
|                           | Nº    | %     | Nº          | %     | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Ajuda na ida ao sanitário | 27    | 11,9% | 24          | 10,6% | 169       | 74,8  | 6                  | 2,7%  |
| Colocar aparadeira        | 38    | 16,8% | 49          | 21,7% | 89        | 39,4% | 50                 | 22,1% |
| Algaliação                | 26    | 11,5% | 6           | 2,7%  | 184       | 81,4% | 10                 | 4,4%  |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 16 - que os enfermeiros dizem **raramente** (74,8%) ajudar na ida ao sanitário; apenas (39,4%) escolheram o colocar aparadeira como cuidado e a maioria tem como resposta a este problema a algaliação (81,4%). Face aos riscos que se colocam aos doentes algaliados, mais uma vez é importante incluir na formação a discussão das respostas aos cuidados de eliminação.

### 3.1.4-Terapêutica

A utilização de medicamentos é uma das intervenções mais utilizadas no ambiente hospitalar, no entanto, o enfermeiro deve colaborar com o médico para identificar os caminhos percorridos pelo medicamento desde o momento que o médico o prescreve até ao momento da sua administração, garantindo que aos doentes é administrado o medicamento prescrito na dose e horário previsto.

Tabela 17 - Distribuição dos cuidados com a terapêutica

| Variável                  | Nunca |       | Diariamente |       | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|---------------------------|-------|-------|-------------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|
|                           | Nº    | %     | Nº          | %     | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Medicação por via oral    | 83    | 36,7% | 20          | 8,8%  | 31        | 13,7% | 92                 | 40,7% |
| Medicação intramuscular   | 82    | 36,3% | 35          | 15,5% | 62        | 27,4% | 47                 | 20,8% |
| Medicação endovenosa      | 79    | 35%   | 32          | 14,2% | 32        | 14,2% | 83                 | 36,7% |
| Medicação por outras vias | 224   | 99,1% | -           | -     | 2         | 0,9%  | -                  |       |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 17 - que (99,1%) dos enfermeiros consideram que por outras vias **nunca** são utilizadas, ficando assim de fora as aplicações tópicas e aerossóis. A medicação oral tem a maior referência (40,7%) sendo que acontece **em todos os turnos**, seguida de endovenosa (36,7%) e só depois a intramuscular (20,8%). Podemos assim verificar que este é um cuidado que os enfermeiros consideram como prioritário, contudo não estão sensíveis a outras vias de administração.

### 3.1.5-Tratamentos

O tratamento de feridas é uma das intervenções executadas pelos enfermeiros que exige a qualificação específicas. As feridas têm etiologias muito deferentes e tem ocorrido muito desenvolvimento das técnicas e materiais a utilizar nestes cuidados.

Tabela 18 – Distribuição dos cuidados com tratamentos

| Variável                     | Nunca |       | Diariamente |       | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|------------------------------|-------|-------|-------------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|
|                              | Nº    | %     | Nº          | %     | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Pensos de feridas cirúrgicas | 32    | 14,2% | 22          | 9,7%  | 105       | 46,5% | 67                 | 29,6% |
| Pensos de feridas abertas    | 30    | 13,3% | 22          | 9,7%  | 103       | 45,6% | 71                 | 31,4% |
| Aspiração de secreções       | 35    | 15,5% | 31          | 13,7% | 126       | 55,8% | 34                 | 15%   |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 18 - que este é o cuidado prioritário dos enfermeiros sendo o que aparece com maior representação na situação de ocorrer em todos os turnos. Contudo as frequências mais elevadas situam-se no raramente, ocorrendo (46,5%) pensos de feridas cirúrgicas; (45,6%) pensos de feridas abertas; e (55,8%) aspiração de secreções.

Monitorizar os sinais vitais é uma intervenção de enfermagem comumente implementada na prática de enfermagem diariamente, e na saúde em geral, frequentemente usada por todos os profissionais de saúde para identificar rapidamente a magnitude de uma doença e como o corpo está lidando com o stress fisiológico. Os sinais vitais incluem a avaliação de temperatura, de frequência respiratória, de pressão arterial, de pulso e, eventualmente, saturação de oxigénio do sangue. Os resultados de sinais vitais são de grande importância e os profissionais de saúde utilizam estes valores como base de decisão dos diagnósticos.

Tabela 19 - Distribuição dos cuidados com sinais vitais

| Variável                 | Nunca |      | Diariamente |      | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|--------------------------|-------|------|-------------|------|-----------|-------|--------------------|-------|
|                          | Nº    | %    | Nº          | %    | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Avaliação da temperatura | -     | -    | 3           | 1,3% | 12        | 5,3%  | 211                | 93,4% |
| Avaliação da TA          | 6     | 2,7% | 13          | 5,8% | 33        | 14,6% | 174                | 77%   |
| Avaliação do pulso       | 1     | 0,4% | 1           | 0,4% | 1         | 0,4%  | 223                | 98,7% |
| Avaliação da Respiração  | 2     | 0,9% | 1           | 0,4% | 1         | 0,4%  | 222                | 98,2% |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 19 - que os enfermeiros atribuem grande importância e este cuidado é o cuidado com maior representação **em todos os turnos** sendo que (98,7%) referem a avaliação do pulso; (98,2%) a avaliação da respiração; (93,4%) a avaliação da temperatura e (77%) a avaliação da TA.

### **3.1.6- Atividades especiais /de apoio de educação**

O reconhecimento do papel do enfermeiro no contributo para o estabelecimento de relações sociais na produção de serviços em saúde, enquanto capacidade de intervenção humana, reconstruindo-se no quotidiano através da produção de ideias de forma a garantir a capacitação dos doentes para a sua nova situação.

O enfermeiro ao assumir o papel de educador tem em vista promover o conhecimento e desenvolvimento de capacidades dos clientes, assim como ajudar a resolver os problemas de saúde que enfrentam; e também tem o dever de fornecer informações que promovam a prevenção de complicações futuras.

Tabela 20 – Distribuição dos cuidados com atividades especiais / apoio de educação

| Variável  | Nunca |       | Diariamente |       | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|---|-------|-------|-------------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|
|   | Nº    | %     | Nº          | %     | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Ensino sobre estilos de vida                                    | 43    | 19%   | 30          | 13,3% | 123       | 54,4% | 30                 | 13,3% |
| Ensino sobre as situações patológicas                           | 49    | 21,7% | 39          | 17,3% | 86        | 38,1% | 52                 | 23%   |
| Ensino sobre prevenção de complicações                          | 39    | 17,3% | 31          | 13,7% | 102       | 45,1% | 54                 | 23,9% |
| Ensino sobre a adaptação dos autocuidados à situação patológica | 39    | 17,3% | 24          | 10,6% | 101       | 44,7% | 62                 | 27,4% |
| Ensino a familiares cuidadores                                  | 33    | 14,6% | 31          | 13,7% | 94        | 41,6% | 68                 | 30,1% |
| Os Enfermeiros na atenção a família no caso de obtido           | -     | -     | -           | -     | 61        | 27%   | 165                | 73%   |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 20 - que os enfermeiros fazem raramente (54,4%) ensino sobre estilos de vida; (45,1%) ensino sobre prevenção de complicações; (44,7%) ensino sobre a adaptação dos autocuidados a situações patológicas; (41,6%) ensino a familiares cuidadores e (38,1%) ensino sobre as situações patológicas. É de salientar contudo que (73%) dos enfermeiros considera que atende a família no caso de obtido em situações difíceis na componente espiritual, nas práticas de enfermagem em relação à Fé o que acresce uma sensibilidade específica face a acontecimento em fim de vida. Ficamos com uma visão de que os ensinamentos ocorrem em todos os turnos embora com pessoas diferentes conforme a sua natureza, verificando-se que não há muito investimento nos estilos de vida.

### **3.1.7-Avaliação e planeamento de cuidados**

A sistematização dos cuidados de enfermagem é hoje vista como um meio de segurança para o doente e como garantia de continuidade, geralmente chamo a esta área de desenvolvimento dos cuidados processo de enfermagem. Esta atividade desenvolver-se em articulação com o método de trabalho e tem grande visibilidade na consulta de enfermagem. A nível mundial há vários teóricos que desde a década de 50 que tem dado ênfase à necessidade de sustentar o processo de intervenção numa metodologia científica ocorrendo já linguagens classificadas para o efeito como é o caso NANDA, CIPE.

Neste subcapítulo trazemos para análise variáveis que interferem no processo de utilização de uma enfermagem mais científica.

Tabela 21 - Distribuição das fases de processo de enfermagem - avaliação e planeamento de cuidados

| Variável  | Nunca |       | Diariamente |      | Raramente |       | Em todos os turnos |       |
|---|-------|-------|-------------|------|-----------|-------|--------------------|-------|
|   | Nº    | %     | Nº          | %    | Nº        | %     | Nº                 | %     |
| Colheita de dados no momento de admissão – anamnese | 0     | 0,0   | 16          | 7,1% | 44        | 19,5% | 166                | 73,5% |
| Plano de cuidados                                   | 87    | 38,5% | -           | -    | 138       | 61,1% | 1                  | 0,4%  |
| Notas de Enfermagem                                 | 28    | 12,4  | 1           | 0,4% | 132       | 58,4% | 65                 | 28,8% |
| Carta na alta                                       | 25    | 11,1% | 11          | 4,9% | 34        | 15%   | 156                | 69%   |

Podemos verificar, através da análise dos resultados apresentados na tabela 21 - que os enfermeiros fazem (73,5%) colheita de dados momento de admissão – anamnese e (69%) carta da alta. Contudo o plano de cuidados ocorre raramente em (61,1%) e as Notas de Enfermagem (58,4%). Por vezes, a falta de documentação legal criada para o efeito leva a que os profissionais não invistam nesta área de cuidados. Os dados demonstram a necessidade de inclusão de alguma discussão na formação particularmente para a importância do uso de planos e de notas de enfermagem como garante de execução dos cuidados.

Gráfico nº 7 - Representação da frequência dos cuidados



Em síntese a amostra caracteriza-se maioritariamente por uma representação de enfermeiros prestadoras de cuidados, com idades na classe dos 43 a os 52 anos com o curso de enfermagem não superior e experiência profissional de 31 a 40 anos.

Sobre os Padrões que garantem qualidade verificamos que a representação sobre a satisfação do utente surge em todos os domínios com maiores percentagens no às vezes seguido do sempre; a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado e readaptação funcional apresenta-se com maiores percentagens em todos os domínios às vezes; a organização dos cuidados é uma das áreas onde a maior representação ocorre no nunca quer em relação aos registos quer no conhecimento das políticas dos locais de trabalho.

Sobre a frequência dos cuidados verificamos uma forte representação em todos os turnos na avaliação dos sinais vitais e na colheita de dados em posição oposta no nunca surgem os cuidados de higiene a medicação por outras vias. O que na ajuda a refletir sobre as necessidades de formação e de questionar porque será que os enfermeiros dão estas prioridades?

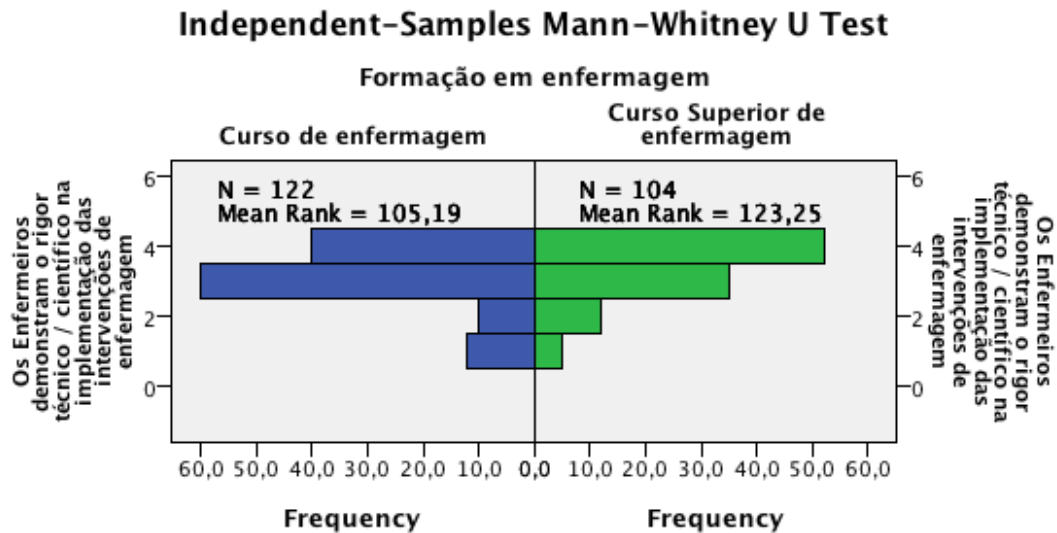
#### **4 - Formação e cuidados**

Após a análise descritiva dos dados prosseguimos para uma análise estatística não paramétrica considerando a natureza das variáveis, no sentido de compreender se há diferenças entre os enfermeiros com formação superior e não superior e os cuidados e quais as áreas de carência para dar resposta ao objetivo de descrever as necessidades de formação, pelo que analisamos a relação entre estas variáveis e utilizando o teste de Mann-Whitney, considerando que a distribuição das variáveis, tirando-se de um teste de amostras independentes, com valores significância inferiores a 0,050 e apenas apresentaremos os variáveis em que ocorra um nível de significância inferior a 0,05 o que demonstra não haver igualdade entre a subamostra com formação superior e a subamostra com formação não superior, face à opinião sobre a qualidade de cuidados e a frequência da realização de atividades na amostra na totalidade, contudo e considerando que há um hospital nacional onde decorrem os locais de estágio dos estudantes do curso superior de enfermagem da

Universidade Nacional de Timor Lorosae (UNTL) faremos uma análise mais aprofundada para este grupo de enfermeiros, até pela aproximação institucional entre as duas organizações.

Da análise efetuada para o total da amostra só encontramos associação em duas variáveis e a formação em enfermagem, que de seguida apresentamos.

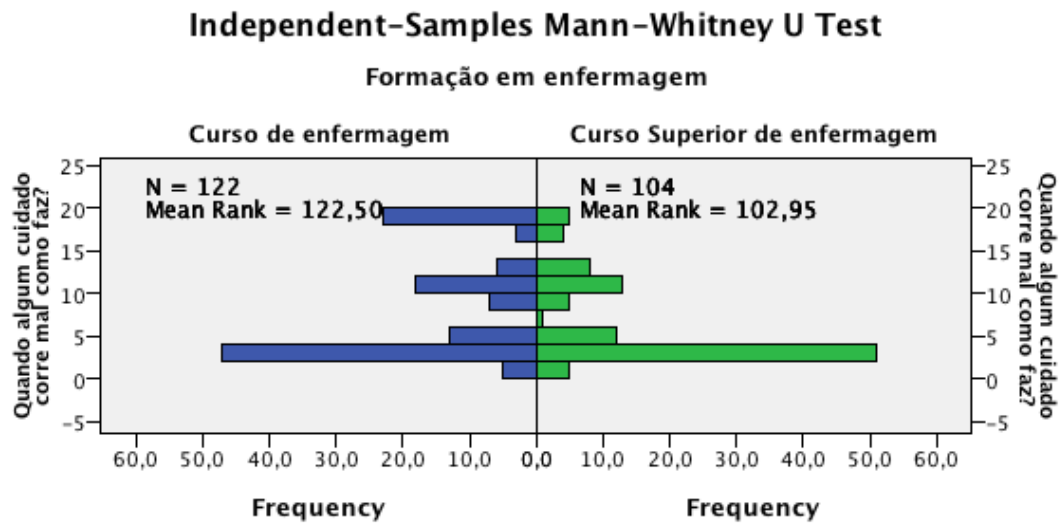
Gráfico nº 8 - Associação entre formação e demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenção de enfermagem



|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <b>Total N</b>                        | 226        |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 7.358,000  |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 12.818,000 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 7.358,000  |
| <b>Standard Error</b>                 | 453,516    |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,236      |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,025       |

Há associação entre a formação e a demonstração de rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem com um valor de significância de 0,025, o que garante um bom acompanhamento técnico e suporte para a formação, contudo não garante uma intervenção assistencial, considerando outras atividades de enfermagem.

Gráfico nº 9 - Associação entre formação e quando algum cuidado corre mal



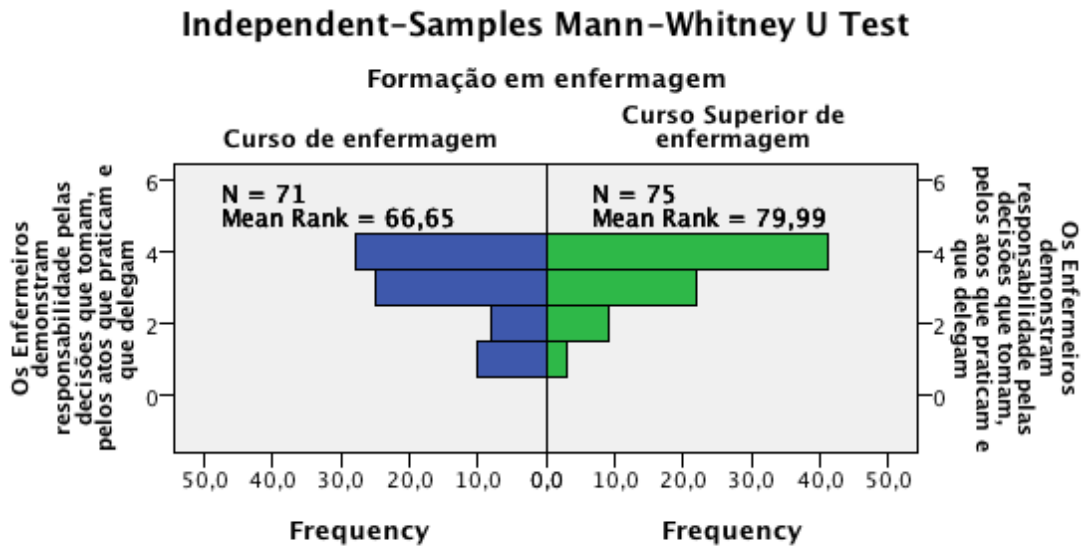
|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <b>Total N</b>                        | 226        |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 5.246,500  |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 10.706,500 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 5.246,500  |
| <b>Standard Error</b>                 | 483,094    |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | -2,272     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,023       |

Há associação entre, a formação e o que faz quando algum cuidado corre mal, com um valor de significância de 0,023, dos dados verificamos um comportamento de organização garante segurança e coordenação por parte dos enfermeiros.

No sentido de compreender se os locais onde se realizam estágios têm condições assistenciais diferentes realizamos a mesma análise para o Hospital Nacional e encontramos associação em mais variáveis sendo os dados os que de seguida apresentamos.

De seguida apresentamos a análise mas agora só para o hospital nacional.

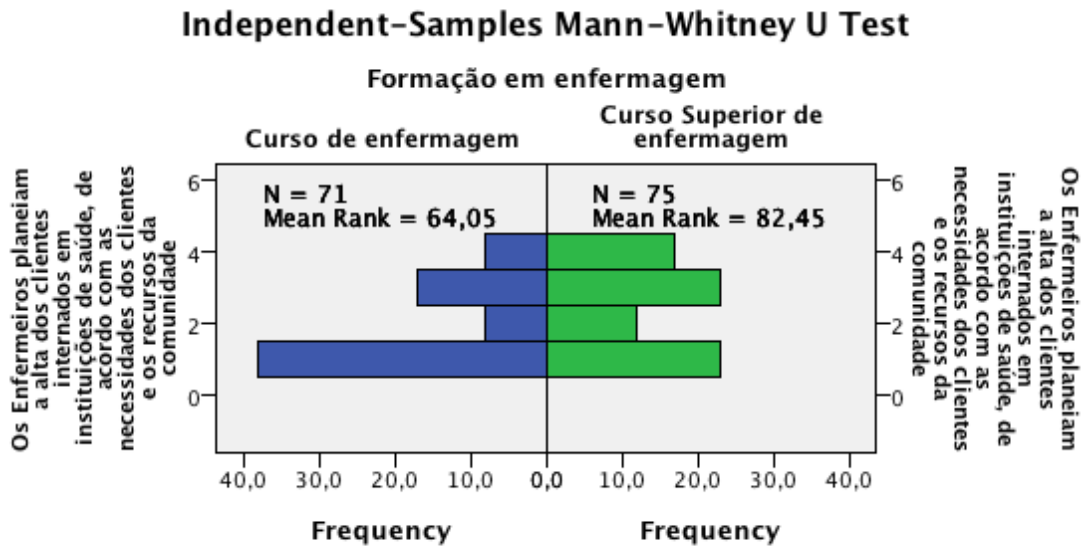
Gráfico nº 10 - Associação entre formação e demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam



|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Total N</b>                        | 146       |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 3.149,000 |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 5.999,000 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 3.149,000 |
| <b>Standard Error</b>                 | 236,692   |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,055     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,040      |

Há associação entre a formação e a demonstração de responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que dele com um valor de significância de 0,040.

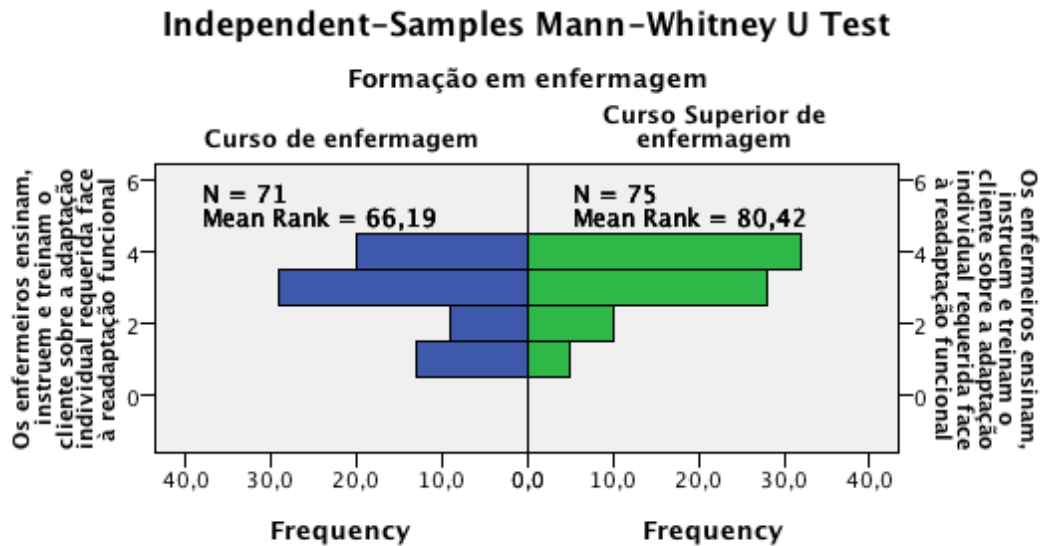
Gráfico nº 11 - Associação entre formação e planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.333,500 |
| Wilcoxon W                     | 6.183,500 |
| Test Statistic                 | 3.333,500 |
| Standard Error                 | 242,156   |
| Standardized Test Statistic    | 2,771     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,006      |

Há associação entre a formação planeia a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade com um valor de significância de 0,006

Gráfico nº 12 - Associação entre formação e ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face a readaptação funcional

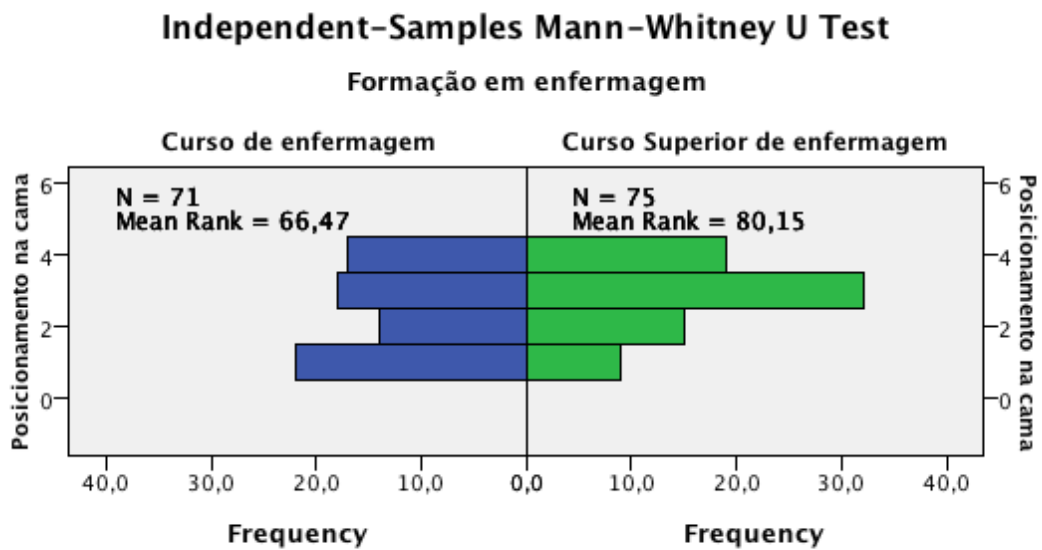


|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Total N</b>                        | 146       |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 3.181,500 |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 6.031,500 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 3.181,500 |
| <b>Standard Error</b>                 | 241,120   |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,152     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,031      |

Há associação entre a formação e Ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional com um valor de significância de 0,031.

Analisando a associação entre a formação e a frequência de realização de atividades pois considero a sua frequência uma escala, e continuando com recurso aos mesmos testes verificamos associação em algumas atividades, apenas as que se verificam associação serão transcritas.

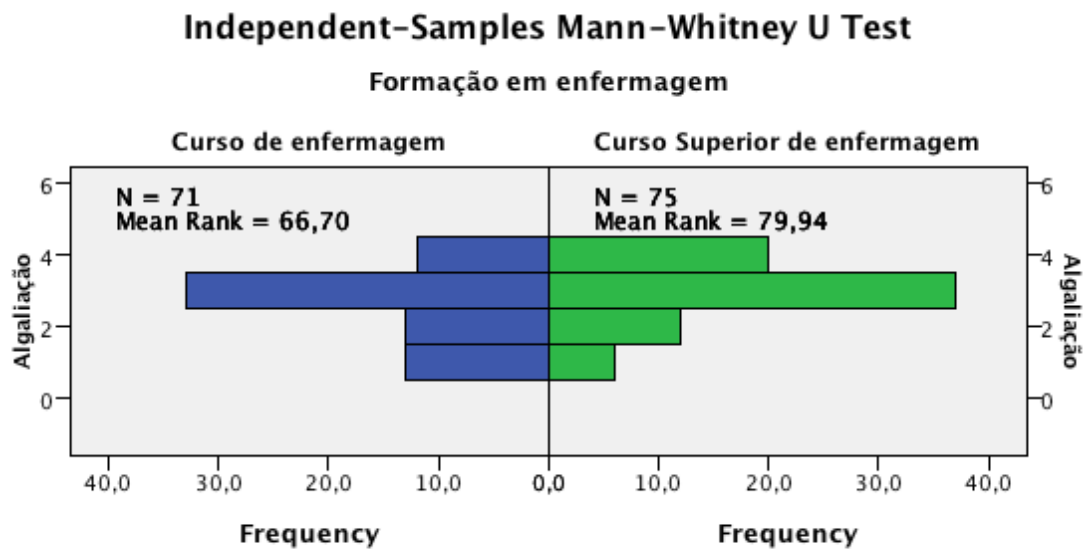
Gráfico nº 13 - Associação entre formação e posicionamento na cama



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.161,500 |
| Wilcoxon W                     | 6.011,500 |
| Test Statistic                 | 3.161,500 |
| Standard Error                 | 245,968   |
| Standardized Test Statistic    | 2,029     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,042      |

Há associação entre a formação e posicionamento na cama com um valor de significância de 0,042.

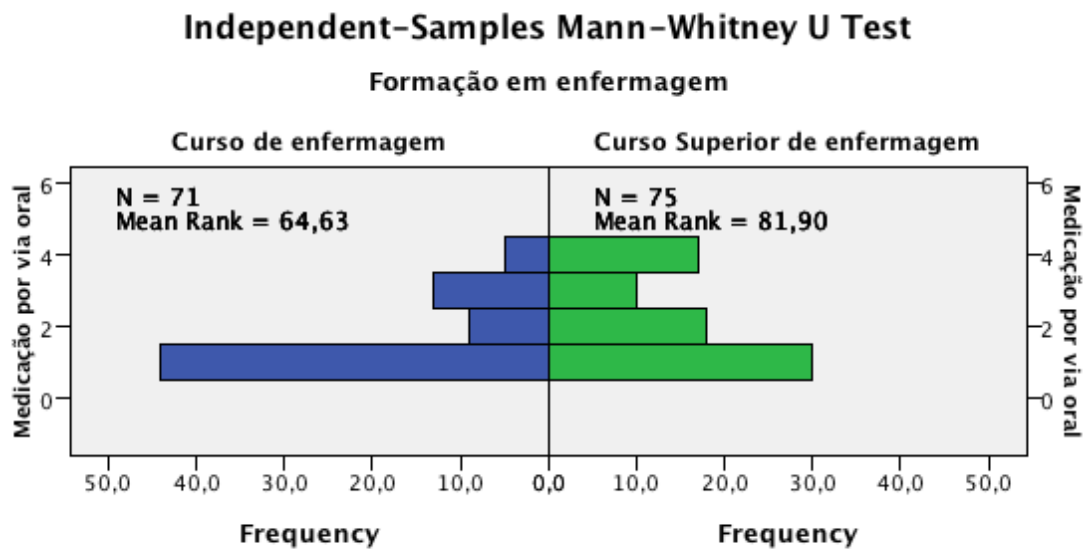
Gráfico nº 14 - Associação entre formação e algaliação



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.145,500 |
| Wilcoxon W                     | 5.995,500 |
| Test Statistic                 | 3.145,500 |
| Standard Error                 | 238,509   |
| Standardized Test Statistic    | 2,025     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,043      |

Há associação entre a formação e Algaliação com um valor de significância de 0,043.

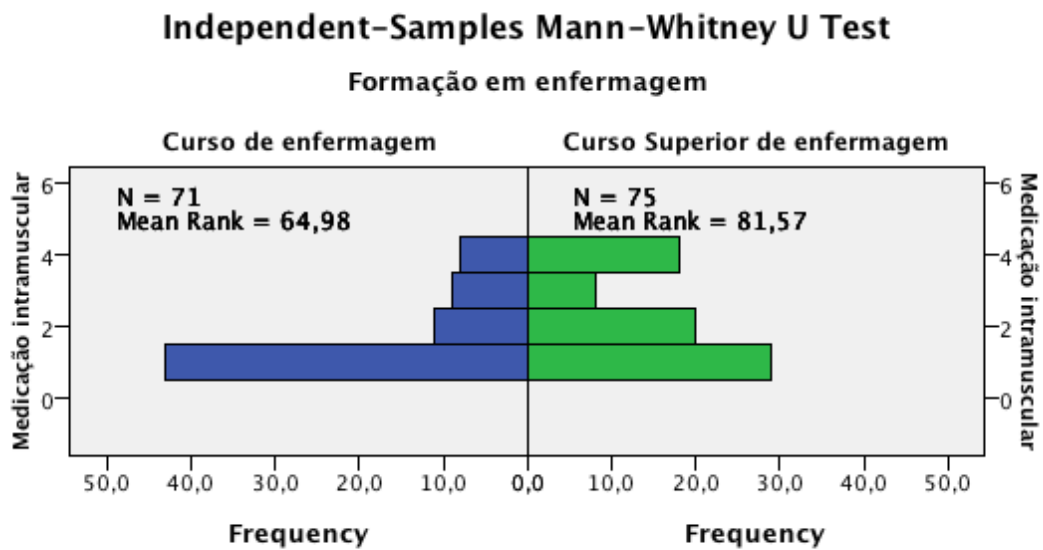
Gráfico nº 15 - Associação entre formação e medicação por via oral



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.292,500 |
| Wilcoxon W                     | 6.142,500 |
| Test Statistic                 | 3.292,500 |
| Standard Error                 | 236,325   |
| Standardized Test Statistic    | 2,666     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,008      |

Há associação entre a formação e Algaliação com um valor de significância de 0,008.

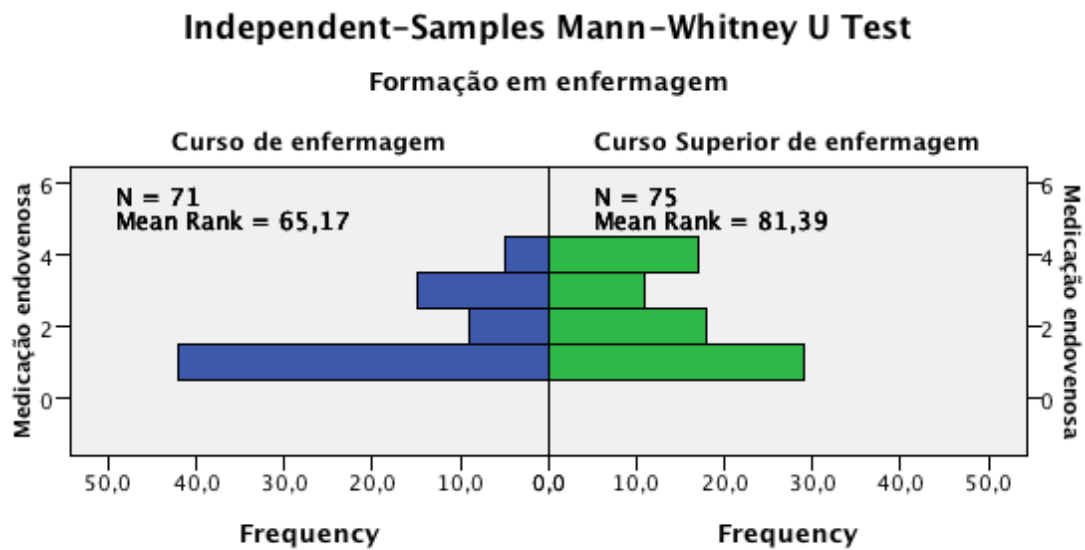
Gráfico nº 16 - Associação entre formação e medicação intramuscular



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.267,500 |
| Wilcoxon W                     | 6.117,500 |
| Test Statistic                 | 3.267,500 |
| Standard Error                 | 237,307   |
| Standardized Test Statistic    | 2,549     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,011      |

Há associação entre a formação e Medicação intramuscular com um valor de significância de 0,011.

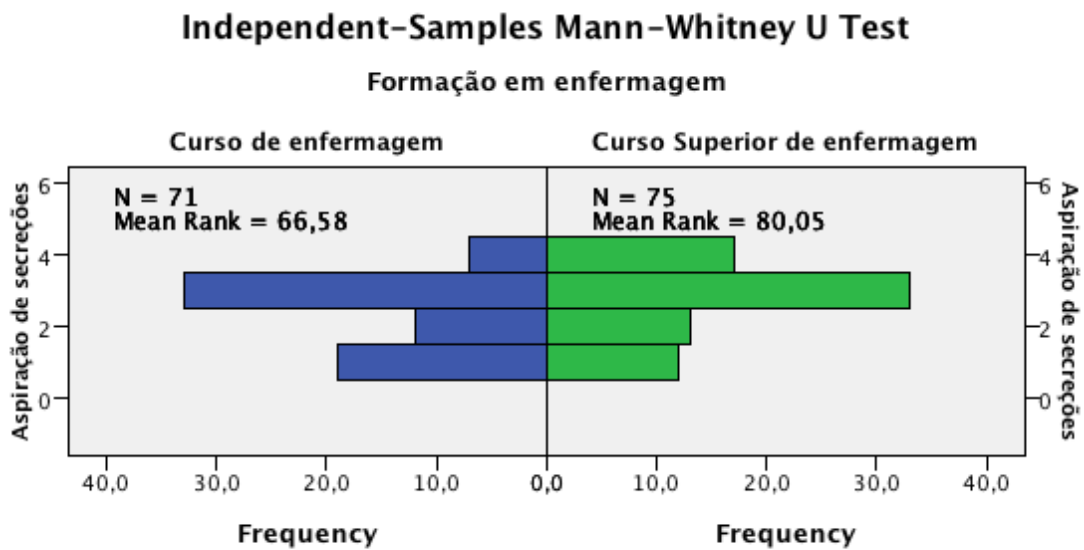
Gráfico nº 17 - Associação entre formação e medicação e endovenosa



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.254,000 |
| Wilcoxon W                     | 6.104,000 |
| Test Statistic                 | 3.254,000 |
| Standard Error                 | 238,176   |
| Standardized Test Statistic    | 2,483     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,013      |

Há associação entre a formação e Medicação endovenosa com um valor de significância de 0,013.

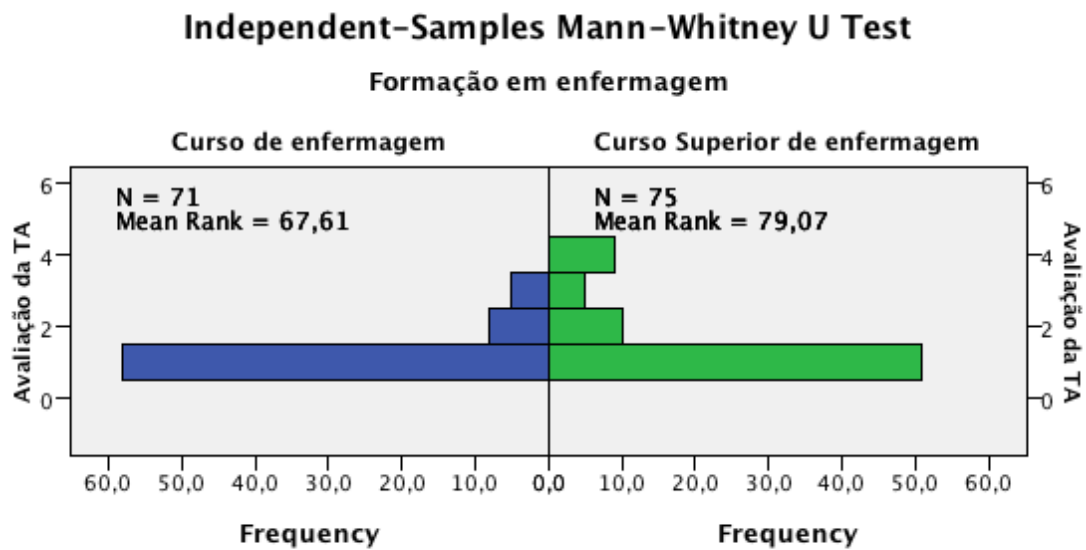
Gráfico nº 18 - Associação entre formação e aspiração de secreções



|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Total N</b>                        | 146       |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 3.154,000 |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 6.004,000 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 3.154,000 |
| <b>Standard Error</b>                 | 240,762   |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,041     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,041      |

Há associação entre a formação e Aspiração de secreções com um valor de significância de 0,041.

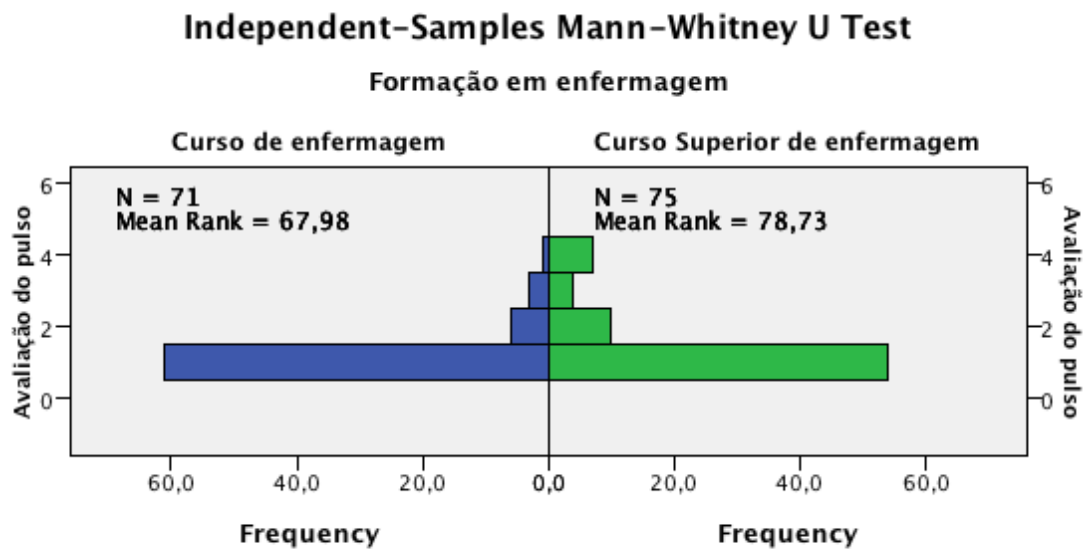
Gráfico nº 19 - Associação entre formação e avaliação da TA



|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Total N</b>                        | 146       |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 3.080,500 |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 5.930,500 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 3.080,500 |
| <b>Standard Error</b>                 | 194,757   |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,146     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,032      |

Há associação entre a formação e Avaliação da TA com um valor de significância de 0,032.

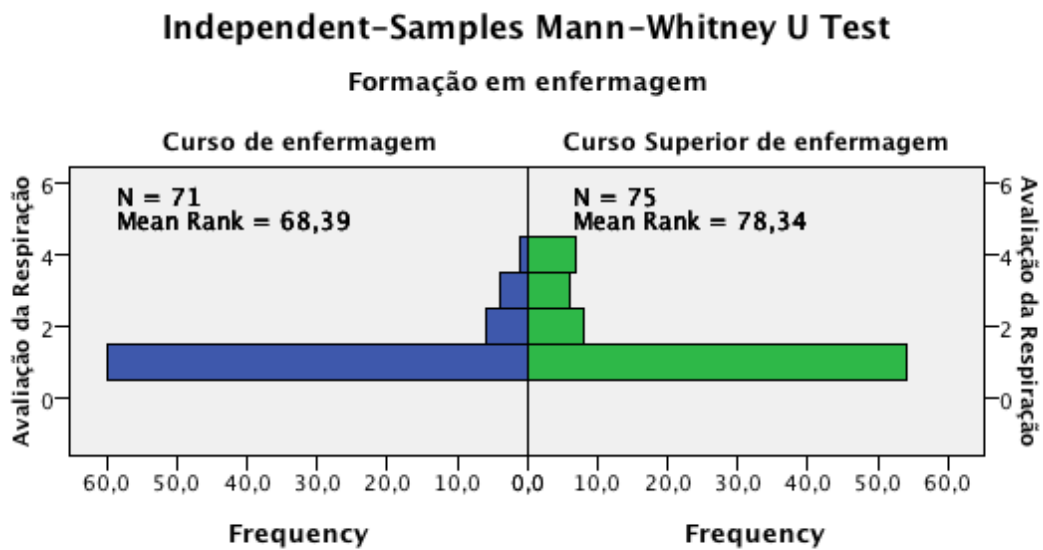
Gráfico nº 20 - Associação entre formação e avaliação do pulso



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.054,500 |
| Wilcoxon W                     | 5.904,500 |
| Test Statistic                 | 3.054,500 |
| Standard Error                 | 182,349   |
| Standardized Test Statistic    | 2,150     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,032      |

Há associação entre a formação e Avaliação do pulso com um valor de significância de 0,032.

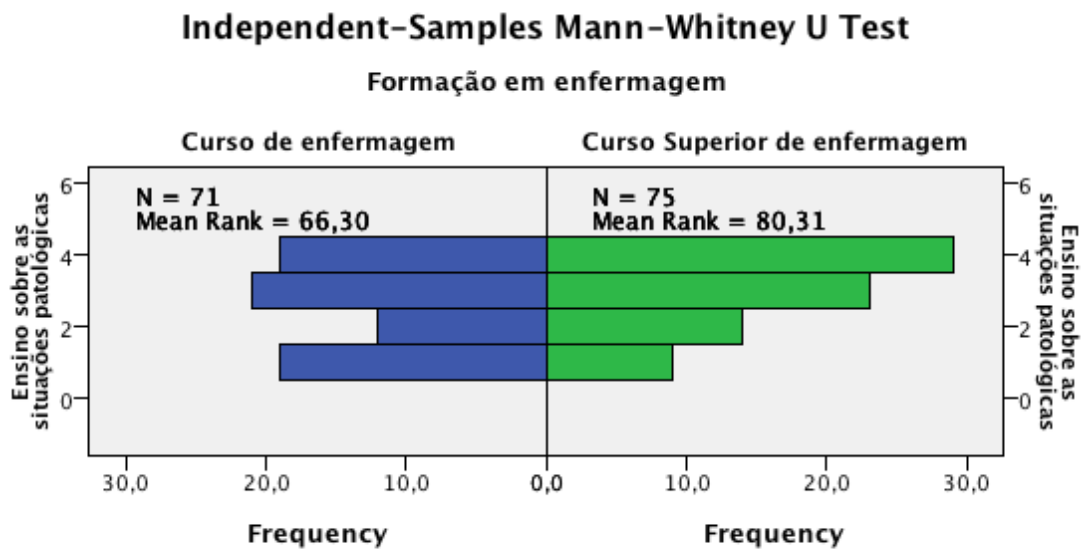
Gráfico nº 21 - Associação entre formação e avaliação da respiração



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.025,500 |
| Wilcoxon W                     | 5.875,500 |
| Test Statistic                 | 3.025,500 |
| Standard Error                 | 184,635   |
| Standardized Test Statistic    | 1,966     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,049      |

Há associação entre a formação e Avaliação da respiração com um valor de significância de 0,049.

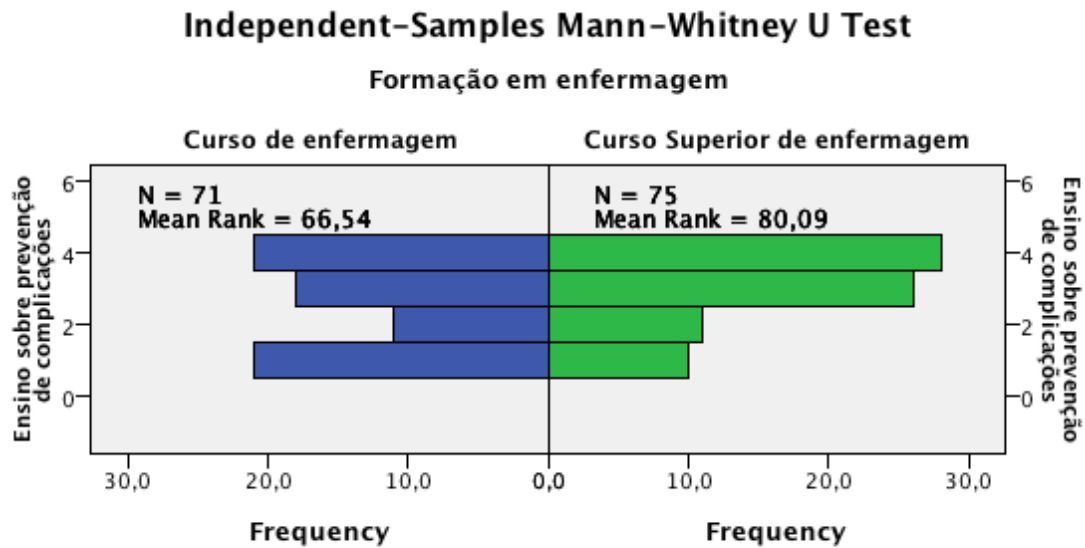
Gráfico nº 22 - Associação entre formação e ensino sobre situações patológicas



|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Total N</b>                        | 146       |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 3.173,500 |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 6.023,500 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 3.173,500 |
| <b>Standard Error</b>                 | 245,565   |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,081     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,037      |

Há associação entre a formação e Ensino sobre situações patológicas com um valor de significância de 0,037.

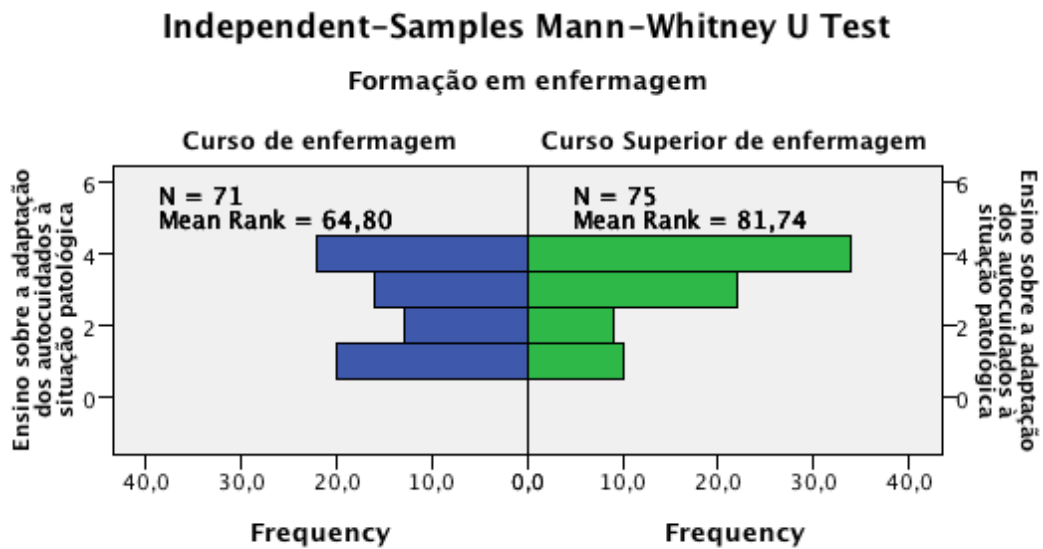
Gráfico nº 23 - Associação entre formação e ensino sobre prevenção de complicações



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.156,500 |
| Wilcoxon W                     | 6.006,500 |
| Test Statistic                 | 3.156,500 |
| Standard Error                 | 245,224   |
| Standardized Test Statistic    | 2,014     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,044      |

Há associação entre a formação e Ensino sobre prevenção de complicações com um valor de significância de 0,044.

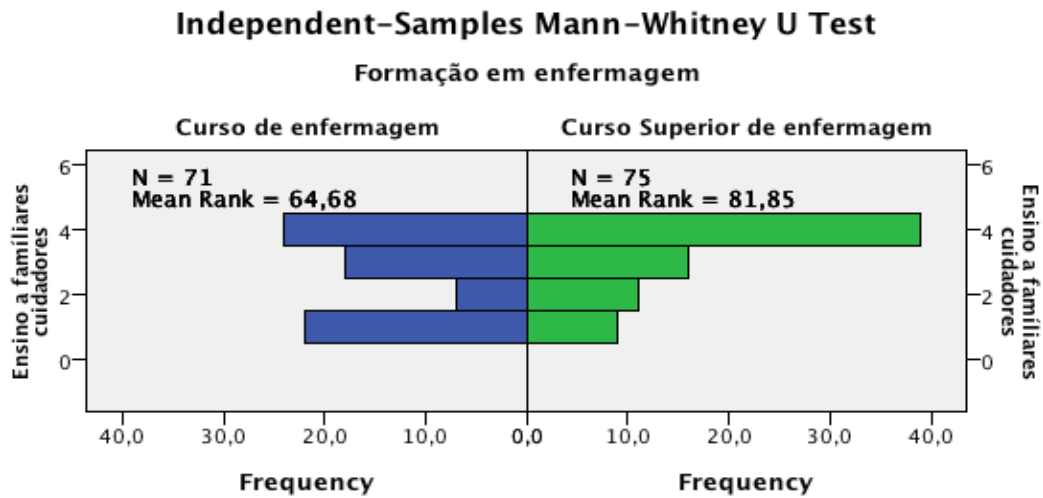
Gráfico nº 24 - Associação entre formação e ensino sobre a adaptação dos autocuidados à situação patológica



|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| Total N                        | 146       |
| Mann-Whitney U                 | 3.280,500 |
| Wilcoxon W                     | 6.130,500 |
| Test Statistic                 | 3.280,500 |
| Standard Error                 | 244,159   |
| Standardized Test Statistic    | 2,531     |
| Asymptotic Sig. (2-sided test) | ,011      |

Há associação entre a formação e Ensino sobre auto cuidado e situações patológicas com um valor de significância de 0,011.

Gráfico nº 25 - Associação entre formação e ensino a familiares cuidadores



|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Total N</b>                        | 146       |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 3.288,500 |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 6.138,500 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 3.288,500 |
| <b>Standard Error</b>                 | 241,707   |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | 2,590     |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,010      |

Há associação entre a formação e Ensino à família e cuidadores com um valor de significância de 0,010.

Em síntese ocorrem diferenças entre os cuidados e a formação, sendo que na amostra no seu global apenas há associação entre formação e demonstração de regor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem e a quem recorrem quando algum cuidado corre mal. Como nos interessava aprofundar as necessidades de formação fomos analisar as diferenças para o hospital nacional e aí verificamos existir mais diferenças, com uma maior representação dos que têm curso superior e estas estão ligadas a intervenções que contribuem para a segurança do doente como por exemplo a avaliação de sinais vitais. Podemos afirmar que em toda a amostra há necessidade de formação embora com diferenças entre os grupos dos enfermeiros dos hospitais.



## **PARTE IV – DA REALIDADE À NECESSIDADE DE DESENVOLVIMENTO – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Terminada a apresentação dos resultados, estamos agora em condições de refletir nos mesmos chamando para esta discussão outros estudos que se centraram nas mesmas temáticas.

A população do estudo é composta por quase todos os enfermeiros Timorenses um total de cerca de 2000 mil enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros que trabalham no Ministério da Saúde de todo o território de Timor-Leste, num total 1142 Enfermeiros (63,7%) do sexo masculino e (36,3%) do feminino (Mds, 2014). Ao contrário de Portugal onde há (18,8%) enfermeiros e (81,2%) de enfermeiras (OE,2007) com um total 54220 membros, contudo na amostra em estudo a relação entre homens e mulheres é diferente da população dos enfermeiros de Timor-Leste pois do estudo fizeram parte (48,2%) de homens e (51,8%) de mulheres com 226 inquiridos.

O REPE (1998), artigo 8.º sobre Exercício profissional dos enfermeiros portugueses, afirmam que os enfermeiros assumem as suas funções, com base nos objetivos fundamentais na implementação dos padrões de qualidade, e também têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mantendo-se idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional. Assim, os enfermeiros que exercem funções na área da gestão e de cuidados, nos resultados da amostra (18,6%), na área de gestão, todos referem que estão na prestação dos cuidados, ao contrário de Portugal onde (14%) assumem o cargo de gestores e (68%) prestam os cuidados de enfermagem (OE, 2007).

Relativamente aos resultados obtidos sobre o grupo os anos de exercício profissional, o subgrupo (31 a 40) anos são (30,1%); no subgrupo anos no atual serviço (11 a 15) anos são (26,1%). Analisando, a idade dos enfermeiros da amostra, verificámos que as idades mais

frequentes são as dos que têm 33 a 42 anos (42,9%), enquanto em Portugal podemos verificar (OE, 2012, dados estatística membros ativos e efetivos com total 64535 enfermeiros) que se situam entre 26 a 30 anos; pelo que podemos afirmar que os enfermeiros da amostra têm mais idade do que em Portugal.

Em relação às habilitações académicas, Cunha & Neto (2006) e (Peres & Ciampone, 2006) defendem que formação académica de licenciados é a formação inicial para os enfermeiros mantendo-se a necessidade de formação continua, por outro lado consideram essenciais as competências de gestão, porque, com estas competências os enfermeiros têm capacidade de tomar decisão, atenção às situações de saúde, comunicação e liderança. Os resultados de pesquisa indicam que (54%) têm educação de nível mais básica que o Curso Superior de Enfermagem e que só (46%) dos enfermeiros têm o grau académico adequado; é ainda de referir que Cianciarrulo (2000, citado in Freeman et al., 2008) considera que as competências-chave têm três pilares: conhecimento, habilidades, e atitudes, o que sustenta a necessidade dos enfermeiros se desenvolverem nestes três domínios: o que nos faz refletir sobre as necessidades de formação teórica e prática.

Segundo alguns autores: Palmer, 1992, cit in Sousa, 2014; Silva, 2013; Roemer e Aquilar, 1991, citado por Sousa, MMA, 1999; António e Teixeira, 2007; a qualidade contribui para um serviço de saúde seguro, eficaz, centrado no utente, atempado, eficiente e equitativo.

De acordo Silva (2013); Ribeiro et al. (2008); Hesbeen (2001); Donabedian (2003); há necessidade de ter parâmetros, para medir a qualidade dos cuidados de saúde, a fim de permitir monitorizar e comparar a qualidade dos cuidados prestados.

No sentido de garantir a qualidade dos cuidados é indispensável a existência de recursos humanos, infraestruturas, instalações e educação para viabilizar todas as atividades de cuidados de enfermagem aos utentes. Os enfermeiros devem aplicar as competências em conformidade com a situação e condições, então, a aplicação das competências de enfermagem, torna-se impossível quando se tem equipamentos inadequados.

Malagutti e Caetano (2010) citado por Martins (2009) referem que “competência é a capacidade para realizar algo, implicando mobilização, integração e aplicação de conhecimentos a uma situação correta” e “é ainda saber atuar com responsabilidade”.

Segundo Le Boterf (1994) diz que as competências surgem pela aplicação adequada e ajustada às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos. Este autor define a competência como “saber mobilizar”, “saber integrar”, e “saber transferir” assim, o enfermeiro tem de executar todas as competências com rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

De acordo com CIPE Versão 2 (2011) o autocuidado é executado pelo próprio utente: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas bem como das atividades da vida diária. Portanto, o autocuidado higiene é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz, dentes e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene. Dar banho ou lavar-se, é aplicar água para enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente. Por exemplo, um tipo de autocuidado é entrar e sair da banheira, juntando todos os objetivos necessários ao banho, obtendo água, abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo (CIPE VERSÃO 2, 2011; p. 96).

Na realidade, os resultados da pesquisa mostram que a frequência das atividades de cuidados de enfermagem, principalmente expressos na “higiene e cuidados pessoais” quase toda a amostra referiu **nunca** dar banho ao paciente na cama (99,1%); assim como o dar banho de chuveiro (100%) e o cuidado dos cabelos é (57,5%). A razão é a de ainda não terem disponibilidade de equipamentos de apoio.

Por outro lado, para ajudar o utente a vestir-se e despir-se, a maioria (89,4%) dos enfermeiros disseram que **raramente** executam esta intervenção, porque tentam envolver a participação da família. Não obstante o disposto acima, os enfermeiros continuam tentando encontrar uma solução para satisfazer as necessidades do cliente de acordo com a sua responsabilidade profissional.

Como sabemos, a alimentação é essencial para nossa saúde e bem-estar. Por isso, a alimentação tem um papel fundamental diretamente nos diversos processos orgânicos, e na prevenção de certas doenças; como por exemplo, no crescimento e desenvolvimento, nos mecanismos de defesa imunológica e na resposta às infeções, na cicatrização de feridas e na

evolução das doenças. Assim sendo, cada vez mais aumenta a consciência dos profissionais de saúde que cuidam de pacientes internados em hospitais, certos de que apenas a terapêutica medicamentosa não é suficiente para se obter uma resposta orgânica satisfatória. Além disso, o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de acompanhar as pessoas de quem cuida, tanto a nível domiciliar como no hospitalar, preparando o ambiente e auxiliando-as durante as refeições.

Segundo CIPE VERSÃO 2 (2011, p. 95) “alimentar é dar comida ou bebida a alguém”, pelo contrário, os resultados (71,7%) diz que **raramente** ajuda o paciente a alimentar-se nas refeições. Em relação à hidratação nos intervalos das refeições (62,4%) os enfermeiros referiram que **raramente** supervisionam os doentes, mas realçaram que as famílias ajudam nas refeições e hidratação dos pacientes.

O horário dos pacientes que são alimentados através da sonda nasogástrica deve ser respeitado e no intervalo das refeições deve ser instituída a hidratação. Também devem ser mantidos cuidados gerais na manipulação das sondas. Relativamente à atividade inserir sonda nasogástrica, mais de metade (63,7%) dos enfermeiros referiram que **raramente** executam essa intervenção.

Em relação à mobilização, CIPE VERSÃO 2 (2011) define: - “Mobilizar; Executar: Tomar alguma coisa móvel” (p. 98); - “Posicionar; Executar: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição” (p. 99); - “Transferir; Posicionar: Mover alguém ou alguma coisa de um local para outro” (p. 100). Assim, no resultado de pesquisa foi encontrado (66,8%) **nunca** fazem mobilização na cama para todos os pacientes durante internamento e (58,8%) **nunca** fazê-lo em deambulação. Porque, os enfermeiros ainda não tinham tido formação sobre técnicas de mobilização.

Eliminação é uma ação de enfermagem com as características específicas: levar a cabo as atividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo, puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infeção. (CIPE Versão 2. 2001. P.56). No resultado de pesquisa apresentam (74,8%), **raramente** ajudam o doente no autocuidado ir ao sanitário; e (39,4%) providenciam aparadeira. Mas se os pacientes não podem urinar espontaneamente então, os enfermeiros inserem um cateter urinário. Por isso,

o resultado de pesquisa, mostra que (81,4%) dos enfermeiros diz **raramente** inserir um cateter urinário.

O estabelecimento de uma relação terapêutica torna-se fundamental à prestação de cuidados globais à pessoa respeitando a individualidade que a caracteriza como ser único que é (OE, 2005). Na amostra (40,7%) dizem administrar terapêutica por via oral ao paciente **em todos os turnos**; (36,7%) dos enfermeiros dizem **nunca** administrar terapêutica via intramuscular, porque utilizam via oral. Quase a toda a amostra (99,1%) diz **nunca** administrar medicação por outras vias.

No tratamento de feridas cirúrgicas referido como ação de enfermagem, segundo Conselho Internacional de enfermeiros, (2001) e também CIPE Versão 2 (2011, p. 55) é definido o conceito da ferida cirúrgica como tipo de ferida com as características: “corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou um órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que seja limpa, isto é, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus”. Na amostra **raramente** fazem tratamento de feridas cirúrgicas (46,5%) e pensos de feridas abertas (45,6%). Na amostra, (55,8%), **raramente** fazem tratamento com aspiração de secreção dos doentes.

Os sinais vitais, indicadores das funções vitais podem orientar o diagnóstico inicial e o acompanhamento da evolução do quadro clínico dos doentes. São eles: temperatura; pulso; tensão arterial e respiração. Os enfermeiros avaliam estes indicadores em todos os pacientes diariamente. Assim, olhando o resultado de pesquisa, **em todos os turnos** a avaliação de temperatura (93,4%); em avaliação da tensão arterial (77%); em avaliação do pulso (98,7%); e em avaliação da respiração (98,2%).

Segundo a ICN (2006, p.137) ensinar significa “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde,” e aprendizagem “Processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência.” Estes são mais eficazes quando correspondem às expectativas do cuidador. Phaneuf (2005) comenta que para se poder intervir junto de uma pessoa doente é necessário conhecer a sua motivação para colaborar no processo de cura e de tratamento, bem como na sua vontade em mudar de estilo de vida.

Estilo de vida é a forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivenciam no mundo e, em consequência, se comportam e fazem escolhas. Como produto emergente da tríade: conhecimento, valores e práticas (Clément 2004, 2006), os Estilos de Vida assumem-se a ação humana e da saúde, tenham elas por gênese sistemas de interação sócio ambiental, aspetos físicos, psíquicos, sociais, emocionais. Assim sendo, os enfermeiros ensinam o utente sobre estilos de vida analisando aspetos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida no dia a dia. Porém, nos resultados de pesquisa obtidos, os enfermeiros dizem **raramente** promovem a aprendizagem do utente sobre: estilos de vida (54,4%); as situações patológicas (38,1%); prevenção de complicações (45,1%); a adaptação dos autocuidados à situação patológica (44,7%); e, a familiares cuidadores (41,6%). Os enfermeiros têm de saber acrescentar, a família, como parte essencial no cuidado ao utente, é muito importante na continuação dos cuidados ao utente em casa, e precisam de capacitar a família para uma assistência eficaz e eficiente à pessoa dependente a fim de manter o doente no seio familiar.

A investigação (histórico de enfermagem) é a primeira fase do processo de enfermagem, ou seja, é o primeiro passo para a determinação do estado da saúde do cliente. (Tannure et al., 2008). No presente estudo verificamos: a colheita de dados no momento de admissão – anamnese é feito por (73,5 %), **em todos os turnos** e (61,1%) dizem **raramente** fazem o plano de cuidados.

O REPE (1996) num dos primordiais artigos; artigo 4<sup>a</sup>, nº 1, definiu claramente o foco de atuação de enfermagem, “Ser Enfermeiro é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” aos grupos sociais em que ele está integrado. O referido documento ainda classifica as formas de atuação em fazer por, orientar, ajudar, encaminhar, supervisor e avaliar resultados.

#### Notes de enfermagem

Notas de Enfermagem é o ensaio provocador de pensamentos sobre organização e a manipulação do ambiente das pessoas necessitando de atendimento de enfermagem. Assim, apresenta suas descrições para a aplicação em cada fase de cuidado (Florence Nightingale). Acordo com esta nota baseados na experiência prática, são as observações e os conselhos, nos

conhecimentos técnicos e na habilidade de aplicar o processo de enfermagem aos utentes. Ao conhecermos esta ideia os enfermeiros da amostra (58,4%) dizem **raramente** fazem nota de Enfermagem.

Florence Nightingale na obra *Notes on Nursing* (1859) tinha clarificado a distinção entre Medicina e Enfermagem. Ela afirma:

*“Nenhuma delas (a Medicina e a Cirurgia) pode fazer alguma coisa a não ser a remoção de obstruções; nenhuma delas pode curar; só a natureza pode curar. A cirurgia remove a bala que constitui um obstáculo à cura de um membro, mas é a natureza que cicatriza a ferida. Assim é com a medicina; a função de um órgão acha-se impedida; tanto quanto sabemos, a medicina ajuda a natureza remover a obstrução, nada mais além disso, e o que a enfermagem tem de fazer em ambos os casos é manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele”* (Vieira, 2009, p. 75).

Por outro lado, os enfermeiros preparam todos os documentos necessários ao paciente que se encontra internado numa instituição de saúde desde o início de admissão até regressar a casa. Por isso, os enfermeiros preparam a carta de alta ao paciente de acordo com o plano de cuidados continuados. Da amostra (69%) os enfermeiros referiram elaborar carta de alta dos doentes que tiverem alta **em todos os turnos**.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem requerem níveis de realização que articulam e entrecruzam capacidades científicas, realização técnica e relação interpessoal. Daí que, a OE (2002) através do Conselho de enfermagem, ao descrever os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, menciona que a “qualidade exige reflexão sobre a prática ... e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (OE, 2002, p.5). Tafreshi, Pazargadi e Saeedi, 2007, definem a qualidade dos cuidados de enfermagem como sendo a prestação dos cuidados com segurança baseada em padrões de enfermagem. Refere o artigo 57º da Constituição da República Democrática de Timor-Leste que a todos os cidadãos devem ser garantidos o acesso a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação. Este direito é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos tendencialmente gratuito. Mas ainda, refere, o texto constitucional na alínea primeira que para assegurar esse direito aos cidadãos incumbe prioritariamente ao Estado assegurar a saúde e a assistência médica e sanitária promovendo a saúde.

Enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, (OE, 2002), são instrumentos importantes que ajudam a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes e outros profissionais, para a sua satisfação, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem.

Relativamente ao Padrão de Qualidade, a satisfação dos clientes assente nos resultados da pesquisa, os enfermeiros da amostra que dizem **sempre** demonstraram o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente (46%) e (36,7%) envolveram o cliente no processo de cuidados. Mas, (45,6%) dizem **às vezes** que se envolvem com o cliente no processo de cuidados. A existência de uma boa colaboração entre ambos é importante para facilitar o trabalho dos enfermeiros pois assim podem ter mais informações que ajudam na tomada de decisão facilitando a assistência de acordo com necessidades dos clientes. Em relação ao comportamento dos enfermeiros na prática de enfermagem, (42,5%) disseram que **às vezes** promovem empatia nas interações com o cliente ou família e (30,5%) referem que promovem **poucas vezes** a interação com os clientes.

As necessidades de cuidados dos doentes dependentes são variadas, o que implica uma prestação de cuidados múltipla e que engloba atividades promotoras de bem-estar, suporte emocional, financeiro, social, etc. Assim, a duração, a frequência e a intensidade dos cuidados dependem das necessidades objetivas das pessoas, nomeadamente das dependências físicas, das alterações comportamentais, cognitivas, afetivas e psicomotoras (Aneshensel et al., 1997 citado por Sequeira, 2007).

Assim, é importante refletirmos sobre o que se entende por “qualidade”. Analisámos sobretudo a perspetiva de Mezomo (2001), de Hesbeen (2001) e ainda Donabedian (2003). Neste sentido, a qualidade de cuidados implica, que o cuidar seja praticado em todas as suas dimensões. A promoção da melhoria da qualidade é um processo longo, que implica liderança, uma correta compreensão do que é qualidade e desejo de melhorá-la.

Assim, a promoção da saúde nos resultados de pesquisa dos que dizem **às vezes** (54,4%) identificam as situações de saúde das populações e dos recursos do cliente /família e comunidade e (47,3%) aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis. Os enfermeiros têm limitações de capacidades de ciência e técnica da promoção de saúde, porque, pareciam ter muitas dificuldades ao executar. Os enfermeiros mostravam-se sobre

carregados e não tinham tempo para ensinar e promover estilos de vida saudáveis. Um dos papéis dos enfermeiros é ser “educador”, por isso, os enfermeiros podem fornecer as informações geradoras de aprendizagem cognitiva, afetiva e psicomotora ou de novas capacidades do cliente, os resultados da pesquisa indica que (51,8%) fazem **às vezes**.

Em relação à prevenção de complicações, nos resultados de pesquisa os que fazem **às vezes** nos diferentes subitens: (50,9%) fazem identificação dos problemas potenciais do cliente; (41,6%) prescrevem e implementam intervenções planejadas com vista à prevenção de complicações; (42,5%) avaliação sobre intervenções implementadas; (42%) demonstram o rigor técnico na implementação das intervenções de enfermagem; (42,9%) referenciam situações problemáticas para outra profissão; (38,9%) supervisionam as atividades que concretizam as intervenções e as atividades que delegam; (39,8%) demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam. Assim sendo, pode deduzir-se que, todos os itens acima não podem ser implementados corretamente, devido à falta de conhecimento do enfermeiro e a falta de instalações de apoio.

Assim os enunciados descritos da Ordem dos Enfermeiros (2002, p.13) relembram o mandato profissional da enfermagem no que se refere à promoção do autocuidado. São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado.

A Ordem dos Enfermeiros (2002, p.13) “*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*”. Os resultados da pesquisa mostram que quase a maioria da amostra diz que **às vezes**: desses (52,2%) fazem identificação dos problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida; (44,7%) prescrevem e implementam as intervenções; (41,6%) fazem avaliação das intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar; (44,2%) demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; (39,8%) demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. Mas, (38,5%) da amostra dizem **sempre** que referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. Assim sendo, pode deduzir-se que, todos os itens acima não podem ser implementados corretamente, devido à falta de conhecimento e recursos do enfermeiro. Por isso, será necessário promover aprendizagem de capacidades dos enfermeiros na educação formal e informal. A opinião dos enfermeiros em relação aos

padrões da qualidade e frequência dos cuidados de enfermagem é que a maioria dos inquiridos que dizem **às vezes** tem muita falta de formação, de infraestruturas, instalações e equipamentos de apoio de enfermagem.

Segundo (OE, 2003, p.5) os cuidados de enfermagem tomam por 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, (...) promover os processos de readaptação à doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família”. Nos resultados de pesquisa (44,2%) referem **sempre** fazer continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem ao cliente.

Relativamente ao planeamento da alta tornou-se uma grande prioridade para doentes e família. Assim, um adequado planeamento da alta traduz uma diminuição da duração do internamento e de readmissões hospitalares (Driscoll, 2000; Direcção Geral da Saúde, 2004; Hospitais SA, 2005; Hesbeen, 2000). Nos resultados de pesquisa (38,1%) dizem **nunca** fazer o planeamento da alta dos clientes internados, porque, normalmente é o médico e o responsável dos enfermeiros a fazê-lo.

Segundo Pereira e Santos (2008) os enfermeiros ajudam as pessoas para alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela otimização dos recursos externos, quer pela orientação prestada, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a concretização do projeto de saúde. Os enfermeiros fazem otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito. Na amostra (39,8%) dizem fazê-lo **às vezes**, mas, por outra amostra (38,5%) diz **sempre** fazê-lo.

As necessidades de aprendizagem identificadas conjuntamente pelo enfermeiro e pelo cuidador irão determinar o conteúdo do ensino (Pote & Perry, 2005). Outro autor salientou que, a formação do enfermeiro é um percurso de apropriação pessoal e reflexivo dos saberes, de integração da sua experiência, em função das quais uma ação educativa adquire significado, gerindo eles próprios os apoios e influências exteriores ao longo do percurso (Ferry, 1987; Josso, 1991; citado por Bento, 1997, p. 17). Porém, os enfermeiros que ensinam, instruem e treinam o cliente sobre readaptação funcional, (44,2%) dizem fazê-lo só **às vezes**. Porque, os profissionais de enfermagem ainda não tinham técnica de especialização. Assim sendo, é

primordial privilegiar e proporcionar a educação dos enfermeiros que cuidam dos pacientes na área de especialização de enfermagem, por exemplo, especialização de Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia, Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, etc., para melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem no futuro.

Em relação à organização dos cuidados de enfermagem, o profissional de enfermagem que é responsabilizável pelo âmbito e padrões da prática de enfermagem, também, tem a responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde, e para a coordenação e gestão dos serviços de saúde (ICN.CIE.CII, 2000). Nos resultados de pesquisa (38,9%) dizem **às vezes** dominar o sistema de registos de enfermagem. De facto, o formulário de enfermagem ainda não está disponível em qualquer unidade.

Conhecer as políticas das Instituições é conhecer as grandes linhas de orientação para conceber e desenvolver o plano estratégico institucional, que por sua vez gera objetivos, metas e planos de ação, nas suas funções e responsabilidades orientadas para a satisfação do utente. Assim, as políticas de saúde centralizam a responsabilidade do profissional de saúde no autocuidado ao doente e família, com vista a capacitar a pessoa na gestão dos processos saúde-doença (Petronilha, 2012). Falamos sobre as políticas do hospital, nos resultados de pesquisa (46,5%) dizem **nunca** conhecer as políticas do hospital. Portanto, é essencial-socializar e informar todos os funcionários, sobre missão, visão, objetivos e metas da própria instituição e do Ministério da Saúde; mais importante é que as pessoas que passam no recrutamento ou seja os enfermeiros que exercem funções pela primeira vez precisam de saber qual a política e orientações das instituições de saúde.

Para garantir a qualidade dos cuidados, o profissional de enfermagem devem colaborar com os outros profissionais de saúde, ou seja trabalhar em equipa. Segundo Hesbeen (1998, p. 28) referiu que *“Todas as pessoas têm que saber cuidar de si mas, em determinadas circunstâncias, podem necessitar da ajuda de um ou de outro perito”* assim, pretender que precisam trabalhar numa equipa de saúde, para melhorar qualidade de cuidados de enfermagem e de saúde.

A prestação de cuidados de enfermagem abrange dois tipos de intervenções: as autónomas das responsabilidades do enfermeiro na sua prescrição, execução e avaliação; e interdependentes são as intervenções que precisam complementaridade e iniciam-se na

prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde (médico e farmacologista etc.), cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de assegurar a sua execução e monitorizar os seus efeitos.

Assim sendo, os resultados de pesquisa mostram que os enfermeiros da amostra quando tem dúvidas, dificuldades e falta equipamentos sobre o funcionamento dos cuidados numa unidade vão dizê-lo ao Enfermeiro Chefe.

Nos resultados de pesquisa, em relação ao funcionamento dos cuidados: os enfermeiros quando tem dúvidas sobre os cuidados (20,8%) comunicam ao Enfermeiro Chefe [coordenador] e (20,4%) comunicam ao médico. Quando algum cuidado corre mal (26,1%) os enfermeiros pedem opinião ao Enfermeiro Chefe [coordenador] e (17,3%) comunicam ao médico. Quando há falta de material, maioria da amostra (77%) dizem que falam com o Enfermeiro Chefe [coordenador]. Quanto ao método de trabalho (63,7%) dos enfermeiros timorenses diz que trabalha pelo método em equipa.

Traçadas as opiniões dos enfermeiros timorenses sobre qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste, podemos afirmar que todos os enfermeiros conheciam as competências necessárias (teórica e prática), para ajudar os utentes em qualquer situação, mas, na realidade a qualificação dos enfermeiros timorenses ainda está no nível educação básica, e também as infraestruturas, instalações e equipamentos são insuficientes, por fim, ainda não implementam na prática e diariamente todas as competências de enfermagem.

Em Timor-Leste, a qualidade dos cuidados de enfermagem depende da liderança do País? Quando muda a liderança do Governo, ao mesmo tempo também afeta a estrutura das organizações profissionais de saúde em todos os níveis. Assim, depende do Ministro da saúde, que tem a responsabilidade máxima para mudar o sistema. Portanto, neste momento na estrutura dos hospitais, já não há uma liderança de enfermagem, todas as unidades passaram a ser lideradas por um médico. Sendo assim, neste momento é preciso criar hábitos de diálogo de trabalho conjunto entre médico e enfermeiros sobre as conceções de cada um pois notas uma grande dificuldade de comunicação tal vez por hábitos culturais e formações muito diferentes.

De facto, observando os resultados deste estudo, a maioria dos inquiridos responderam **nunca** e **raramente** implementar todas as competências na prática de enfermagem, porque

não há equipamento insuficiente. Normalmente executam as funções utilizando os equipamentos que têm e mais frequentemente usam a participação das famílias dos utentes para responder a necessidades para as quais não têm recursos.

Timor-Leste é um novo país, jovem, pequeno, com a idade de 13 anos de independência, e tem 1066,582 habitantes (Censos 2010). Reconhecendo que é um país em desenvolvimento tem muita dificuldade em todas as áreas, incluindo nas áreas de saúde. A realidade é particularmente dura no que concerne aos recursos humanos, infraestruturas, equipamentos para assegurar os cuidados de enfermagem e de saúde.

Aos enfermeiros são exigidos cuidados contínuos e de elevada qualidade, como em todos os serviços de saúde, acresce que devem atuar com a competência necessária (teórica e prática), em situações de doença grave, onde a vida e a morte estão em constante conflito e onde o sofrimento, a dor e a ansiedade (do doente, família e dos próprios enfermeiros) são permanentes e enérgicas, atendendo a todas as necessidades do doente e da família. Porém, a realidade sobre a qualificação dos enfermeiros timorenses ainda é do nível de educação básica, e as infraestruturas e instalações insuficientes isto é um grande problema de saúde.

Segundo Vieira, (2009, p.7), os enfermeiros trabalham com pessoas ao longo do ciclo de vida, saudáveis e doentes, em ambiente de alta tecnologia, como as unidades de cuidados intensivos, ou no domicílio mais pobre de qualquer zona de país, onde a principal arma terapêutica é o próprio enfermeiro e a relação que estabelece com a pessoa/família que pretende ajudar.

Sabemos que a profissão visa o cuidado integral e o bem-estar do paciente durante 24 horas do dia, com base no caminho de construção e aplicação do saber de enfermagem que continuamente é transmitido e aprofundado, para chegar à filosofia de cuidados de enfermagem.

Com foi clarificado na distinção entre Medicina e Enfermagem por Nightingale, a profissão de enfermagem é uma profissão importante na área de saúde. Então, um enfermeiro gosta de afirmar que o profissional de enfermagem é muito importante no aumento da qualidade dos cuidados de saúde para todos os necessitados, é um direito universal.

Assim sendo, ao utilizar o padrão de qualidade na prática de enfermagem, é necessário olhar o cuidado humano na perspetiva da qualidade enquanto produto do serviço de

enfermagem e torná-lo disponível à experiência daqueles que se encontram numa situação limite, ou seja, significa compreender as reais necessidades da humanidade e atender à dignidade daqueles que, por algum motivo, se encontram numa situação de impotência e fragilidade.

Apesar destas condições de trabalho dos enfermeiros e as instalações não serem adequadas, não há diminuição da sua responsabilidade nos cuidados que prestam.

Assim sendo, os enfermeiros sugerem a educação formal e formação na área de enfermagem pretendem ser capacitados para suportar o processo de trabalho dos enfermeiros e ter um recurso para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, pretendem Padrões de Qualidade no futuro em Timor-Leste.

Os resultados do estudo podem ser vistos como uma recomendação às lideranças do País, para que tenham em atenção a qualidade de saúde das populações, satisfação dos utentes na assistência de saúde em geral e dos enfermeiros em específico e assim, assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem que estão e estarão a decorrer dentro do País.

## **CONCLUSÕES**

Após o Términus deste estudo, podemos concluir, que a qualidade deverá ser considerada uma prioridade para todos os profissionais de saúde, devendo para tal serem criadas as condições institucionais, a par de uma sensibilização e motivação continuas, de todos aqueles ligados à prestação de cuidados de saúde.

Tendo presente que garantir a qualidade, é constatar que recursos humanos, infraestruturas, equipamentos e instalações que suportam os cuidados de enfermagem devem eles próprio ser de qualidade há que assumir a responsabilidade dos líderes em estudar o problema e tomar as medidas de mudança.

A qualidade é hoje uma dimensão incontornável na saúde e na prestação dos cuidados de enfermagem. Porém, a qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem é subtil e complexa. Podemos ser induzidos a pensar que a qualidade dos cuidados existe quando conhecemos o utente no seu todo, conseguimos detetar a sua necessidade de cuidados e colocamos ao seu dispor em tempo útil, todo o conhecimento científico, recursos materiais e técnicos, e força laboral responsável para o ajudar na satisfação das suas necessidades, sem esquecer de considerar o envolvimento do utente no processo de prestação de cuidados.

O cuidar, praticado pela enfermagem, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos, fundamentados no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, psicossocial, económico, político e espiritual, pretendendo a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e plenitude humana.

Pretendeu-se com este trabalho caracterizar de condições e carências do trabalho de um conjunto de enfermeiros e descrever a sua opinião face à sua responsabilidade

profissional, no que diz respeito à escassez de recursos, sobre perceção das atividades de enfermagem que contribuam para qualidade dos cuidados.

Desta forma, na prática dos cuidados, os profissionais de enfermagem necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente; devem criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade.

É de salientar o processo de tradução e adaptação cultural, que se tornou, uma mais-valia, para a facilidade de compreensão por parte dos enfermeiros do instrumento de colheita de dados. De facto, os resultados de pesquisa deste trabalho, os enfermeiros da amostra, responderam as perguntas em cada variável sobre qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste. Por tanto, evidenciaram que a maioria dos inquiridos respondeu **às vezes** na implementação dos Padrões de Qualidade e **raramente** na frequência de atividades dos enfermeiros. Por outro lado, ainda tem alguns itens que dizem **nunca** fazê-lo, por causa falta de instalações e equipamentos de apoio, e especificamente o próprio enfermeiro ainda sente necessidade de formação pois falta-lhe conhecimentos suficientes na parte de especialização de enfermagem.

Da análise da opinião dos enfermeiros, face a intervenções que garantem qualidade verificamos, a necessidade de formação e de discussão sobre a natureza do cuidado de enfermagem e verificamos as diferenças de resultados a partir dos níveis de formação; Descrevemos os cuidados de enfermagem mais frequentes e salientaram-se: a colheita de dados, a avaliação de sinais vitais e educação das famílias como áreas que garantem qualidade pois detetaram fragilidades face à higiene e cuidados pessoais, mobilização, alimentação o que implica com a qualidade nas áreas do bem-estar e autocuidado.

Aproveitando esta oportunidade, os enfermeiros pediram à Universidade Nacional de Timor Lorosae (UNTIL), através de Ministério da Saúde, para continuar a criar condições de formação/educação formal e informal para todos os enfermeiros. Deseja-se o desenvolvimento da capacidade dos enfermeiros para participar ativamente, no seu processo de atualização da prestação de cuidados, numa perspetiva mais holística e consoante o paradigma emergente do cuidar de forma que possam garantir qualidade de vida às pessoas que procuram e necessitam de cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros dizem que ter dificuldades na implementação de cuidados relacionados com os equipamentos de apoio por serem indisponíveis ou estragados. Por outro lado, os participantes no estudo demonstram respeito e contam com o Enfermeiro Chefe quando tem dúvidas ou quando alguma coisa corre com irregularidade.

Em relação aos cuidados, os enfermeiros sentem-se responsáveis por proporcionar sempre os melhores cuidados e referem que a qualidade dos mesmos depende da sua prestação. Além disso, a qualidade dos cuidados é afetada pelas dotações insuficientes, mas consideram-se sempre responsáveis pelos mesmos.

Os enfermeiros timorenses ainda não dispõem de dispositivos legais que protejam a profissão de enfermeiro e as suas práticas. Dos resultados tornou-se evidente que a formação superior faz com que ocorram melhores cuidados, no entanto, por outras variáveis não estudadas como as condições de trabalho e o número de enfermeiros para as necessidades de cuidados fazem com que não se atinja a qualidade desejada.

Face ao desenvolvimentos do estudo podemos dizer que há necessidade de investir na formação académica e prática de forma inicial e continua dos enfermeiros e a necessidade de continuar a desenvolver estudos sobre esta profissão atrevendo-nos a sugerir que se faça um estudo sobre a necessidades de dotações seguras de enfermeiros, bem como da satisfação dos utentes.

Consideramos como limitações deste estudo: o tempo para a pesquisa considerando a distância onde efetuamos a colheita de dados; a dificuldade em falar Português e dificuldade em custos de pesquisa.

Para concluir deste trabalho, gostaria de dizer que, a qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste precisará de apoio das lideranças, instalações, equipamentos e a formação para capacitar os enfermeiros nomeadamente em áreas especialização de enfermagem no futuro.

No encerrar deste relatório também não posso deixar de agradecer à ESEP e seus professores, pelas aprendizagens que me dispensaram e o quanto contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C. *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teóricas e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN: 978-972-8485-87-0.

ACSS - *Especificações técnicas para instalações de avac*. Unidade de instalações e equipamentos, 2008.

ALVES, Ana Rita G. *Impacto da formação pós-graduada em enfermagem nas concepções e práticas dos enfermeiros* [em linha]. ICBAS da UP, 2014. Dissertação de Mestrado [Consult. em 28 de julho de 2015]. Disponível em [http://www.DISSERTACAO\\_MCE\\_-\\_RITA\\_ALVES.pdf](http://www.DISSERTACAO_MCE_-_RITA_ALVES.pdf).

ALVES, V.L.S. *Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde*. São Paulo: Martinari. 2009. ISBN: 978-858-9788-52-6.

AMANTE, M. J. et al. – *A imagem das competências dos profissionais de informação-documentação: relatório* [em linha]. 2006. [Consult. em 5 de julho de 2015]. Disponível em [http://files.incite.pt/Relatorio\\_OP-ID.pdf](http://files.incite.pt/Relatorio_OP-ID.pdf).

AMARAL, A. Um modelo de efetividade de cuidados em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2014, nº8, pp. 20-34.

ANDRADE, K.B.S. *Indicadores da qualidade da sistematização do cuidado na unidade de dor torácica: resultados gerenciados pela enfermaria* [Em linha]. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2009. [consult. em 19 de Junho de 2015]. Disponível em [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_KarlaBianchaSilvaDeAndrade.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_KarlaBianchaSilvaDeAndrade.pdf).

ANTONIO, N.S. e TEIXEIRA, A. - *Gestão da qualidade – de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: editora, 2007.

APEGEL - Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão. [em linha]. [consult. em 1 de julho de 2015]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>.

ASCENSÃO, Helena Sofia, d.S. *Da qualidade dos cuidados á satisfação das necessidades dos utentes*. Dissertação em Mestrado Ciências de enfermagem. ICBAS. 2010. (s.n.).

- AUGUSTO, Maria C. B. *Modelo de competências dos enfermeiros com funções de gestão*. [em linha]. Instituto Politécnico do Porto. Vila do Conde, 2013. Tese de Mestrado. [consult.em 28 junho de 2015]. Disponível em [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3534/3/DM\\_CristinaAugusto\\_2013.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/3534/3/DM_CristinaAugusto_2013.pdf).
- BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: *revisão integrativa da literatura*. [em linha]. Rev.Bras. Enfm, 2008. V. 61, n. 2. P. 366-70. [consult.em 5 de Julho de 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 5ª Ed. Lisboa: Edições 70. 2009.
- BENTO, M<sup>a</sup>. da Conceição. *Cuidados e formação em enfermagem que identidade*. Fim de Século. Lisboa, 1997. ISBN: 972-754-112-7.
- CARPENITO, L. J. *Manual de diagnósticos de enfermagem*. 9ª. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.
- CARPER, B. *Fundamental patterns of knowing in nursing*. *Advanced Nursing Science*, 1978. Pp.13-23.
- CARVALHO, Luísa C; BERNANRDO, M. R. Matos; SOUSA, Ivo Dias; NEGAS, Mário Carrilho. *GESTÃO DAS ORGANIZAÇÃO: uma abordagem integrada e prospetiva*. Edições Sílabo. Lisboa, 2014. ISBN: 978-972-618-769-1. pp. 39.
- CIANCIARULLO, T.I. *Instrumentos básicos de cuidar – um desafio para a Qualidade de Assistência*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE Beta 2). 2005. Ordem dos Enfermeiros.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE VERSÃO 2). 2011. Ordem dos Enfermeiros.
- COLLIÉRE, M.F. *Promover a vida – da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999. Pp. 385.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, 2001. Ordem dos Enfermeiros.
- CORREIA, M<sup>a</sup>. da Conceição Batista. *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. [em linha]. Lisboa. 2012. Tese Doutoramento em Enfermagem. [consult.em 14 de maio de 2015]. Disponível em

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901\\_td\\_Maria\\_Correia.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf).

COSTA, M. – *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. [Tese de Doutoramento]. Lisboa, 2011. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

CUNHA, I.C.K.O; XIMENES, Neto F.R.G. *Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafia? Texto Contexto Enfermagem*. 2006. Pp. 82-479.

D'INNOCENZO, Maria; ADANI, N. P; CUNHA, I.C.K.O. *O Movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. 2006. Vol. 59, nº1, Pp. 84-88.

DADOS ESTATÍSTICOS 2000 – 2011. [em linha]. [consult.em 30 de julho de 2015]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos\\_2000\\_2011.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf).

DEMING, W.E. (2007). *Gestão da qualidade – Ciclo PDCA*. [em linha]. [consult.em 30 de junho de 2015]. Disponível em <http://www.datalyzer.com.br/site/suporte/administrador/info/arquivos/info80/80.html>.

DIÁRIO DA REPÚBLICA ELECTRÓNICO. *Constituição da república democrática de Timor-Leste*. 2015. [em linha]. [consult.em 5 de junho de 2015]. Disponível em <http://timor-leste.gov.tl>.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2012) – *Eixo estratégico – qualidade em saúde*. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa, 2006.

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE Mary F. e GEISSLER, Alice C. *Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente*. Rio de Janeiro, 2000. RJ – CEP 200440-040.

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

DONABEDIAN, A. The Quality of care. How Can It Be Assessed? Arch Path Lab Med, 1997.

DUTRA, Herica S. *A função controle e a gerência da qualidade em enfermagem. Manual Brasileira de Acreditação*. 2003. [em linha]. [consult.em 25 de junho de 2015]. Disponível em <http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/Controle-e-Qualidade-06-09-10.pdf>.

EDITORIAL. *Ciência enfermagem*. [em linha]. [consult.em dia 09 de setembro de 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/01.pdf>.

FALCO, Suzanne M. e LOBO, Marie L. – MARTHA E. ROGERS: Cap.14. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995. Pp. 185-198.

FELDMAN, L. B; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 2006. V. 14, n. 4, pp. 540-545.

FERRY, Gilles. *Le trajet de la formation. Les enseignants entre la théorie et la pratique*. [em linha]. Paris, Dunod, 1983. [consult.em 27 de julho de 2015]. Disponível em <http://www.meirieu.com/PREFACES/ferry.ht>.

FIGUEIREDO, R., *A Pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidado que emergem da documentação de enfermagem*. [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto, ICBAS, 2007.

FIGUEIREDO, R.M. et al. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem da assistência de enfermagem no Brasil, 2005. [em linha]. [consult.em 30 de maio de 2015]. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/253.pdf>.

FLORENTIM, R.; FRANCO, M. A qualidade dos cuidados de saúde prestados no departamento de psiquiatria e saúde mental do centro hospitalar da cova da beira: um estudo empírico. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2006. Nº 13, pp.15-26.

FORTIN, M. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

FORTIN, M. F. *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência, 2000.

FORTIN, M. F. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.) Lisboa: Lusociência, 2003. Pp. 114-120.

FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FORTIN, R. – O processo de investigação. Da concepção à realização. Loures. Lusociência, 1999.

FOSTER, Peggy Coldwell e BENNETT, Agnes M. – DOROTHEA E. OREM: Cap.7. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995. Pp. 83 – 100.

FREESE, Bárbara T. Modelo de sistemas. Betty Neuman. In: A. M.TOMEY e M. R. ALLIGOOD – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. P. 335-354.

FREITAS, Paulo. *Resumo*. [em linha]. [consult.em 09 de setembro de 2015]. Disponível em [http://www.fpce.up.pt/teses/paulo\\_freitas.pdf](http://www.fpce.up.pt/teses/paulo_freitas.pdf).

FURUKAWA, C. Y e HOWE, K. Joan – Cap. 5. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995. Pp. 60-72.

GEORGE, J. B – Extensão do trabalho de Virgínia Henderson por Evelyn Adam. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995. Pp. 73 – 74.

GEORGE, J. B – LYDIA E. HALL. Cap. 6. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995. P. 75-82.

GEORGE, Júlia B. – MIRA ESTRIN LEVINE: CAP 12. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995. Pp. 159 – 166.

*Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidado de saúde*. [em linha]. 2000. [consult.em 16 de junho de 2015]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_Tomad\\_asdePosicao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_Tomad_asdePosicao.pdf).

GUARDA, D. M. R. Humanização do processo de cuidar. In: CIANCIARULO, T. I. *C&D: teoria e prática em auditoria de cuidados*. São Paulo: Ícone, 1997. Pp. 23-30.

GUNTHER, M. E. - Martha E. Rogers – Seres humanos unitários. In: A. M.TOMEY e M. R. ALLIGOOD – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. Pp. 253 - 264.

HADDAD, Mª. Do C. L. *Qualidade da assistência de enfermagem – o processo de avaliação em hospital universitário público*. [em linha]. Tese Doutorado em Enfermagem – Escola de enfermagem de ribeirão preto da universidade de São Paulo. Brasil, 2004. [consult.em 22 de maio de 2015]. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>.

HENRIQUES, Ana Cristina; EIRAS, Margarida; e ALMEIDA, António Bugalho de – “*Gestão da qualidade na saúde: revisão da literatura*”, *Revista TMQ - Temático* 2. 2014.

HESBEEN, W. *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures, Lusociência. Lisboa, 2000. ISBN: 972-8383-20-7.

HESBEEN, W. *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-20-7.

HICKMAN, S. J – Introdução à teoria de enfermagem. In: George, J. B e Colaboradores – *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995.

ICN. *Classificação Internacional para à prática de enfermagem: versão 1.0*. Lisboa, 2005. Ordem dos Enfermeiros.

ICN. *Classificação Internacional para à prática de enfermagem: versão Beta 2*. Lisboa, 2000. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

JOSSO, Christine. *Cheminar vers soi*. [em linha]. Lausanne: Editions L'Age d'homme. 1991. [consult.em 27 de julho de 2015]. Disponível em [https://books.google.pt/books?id=jBbpvdkulrkC&redir\\_esc=y](https://books.google.pt/books?id=jBbpvdkulrkC&redir_esc=y).

JURAN, J. *A History of managing of quality: the evaluation, trends, and future direction of managing for quality*: Wisconsin. ASQC Press. 1995.

LEONARD, Mary Kathryn e George, Julia B. – IDA JEAN ORELANDO: Cap. 10. In: George, J. B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Artemed. São Paulo. Brasil, 1995.

LOPES, A. E CAPRICHIO, L. *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH Lda, 2007.

LOPES, M. J. *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006.

MACHADO, Natália, De J. B. *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem – um modelo de melhoria continua baseada na reflexão-ação*. [em linha]. Instituto de Ciências de Saúde, 2013. Tese Doutoramento em Enfermagem. [consult.em dia 28 de maio de 2015]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/Nat%3%A1liaMachado%20%20Gest%3%A3o%20da%20qualidade%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20Um%20modelo%20de%20melhoria%20cont%3ADnua%20baseado%20na%20reflex%3A%20a%3A7%3A3o.pdf>.

MALAGUTI, William e MIRANDA, Sónia M.R.Camargo. *Os caminhos da enfermagem de florence à globalização*. Phorte editora. São Paulo: Phorte, 2010. ISBN 978-85-7655-273-4.

MARTINS, T. *Acidente vascular cerebral – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau, 2006.

- MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. 1ª Ed. São Paulo: Editora Manole. Brasil, 2001. Pp. 111-115.
- NANDA – *Diagnostica de Enfermagem: Definições e classificações – 2003-2004 / Organização por North American Nursing Association* – Porto Alegre: Artmed, 2005.
- NEVES, M. *A tomada de decisão em Enfermagem*. Ver. *Pensar Enfermagem*. Vol. 2, nº 6. Lisboa, 2002.
- NIGHTINGALE, F – *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não*. São Paulo: Cortez Ed, 1989.
- NIGHTINGALE, F. *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005.
- NUNES, L. - *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881 – 1998)*. Lisboa: Loures: Lusociência, 2003.
- NUNES, L. *Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos: na encruzilhada do presente*. Percursos. Ano 2. 2007. Pp. 36-42.
- NUNES, Rui. *Política de Saúde*. Universidade Portucalense Infantil (UPI) D. Henrique: Faculdade de Medicina do Porto.2003. ISBN: 972-98740-5-0.
- O Conceito de Enfermagem*. [em linha]. [consult.em 21 de junho de 2015]. Disponível em <http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/28733/o-conceito-de-enfermagem>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa, 2004. ISBN: 972-99646-1-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: competências do enfermeiro dos cuidados gerais*. Lisboa, 2003. (Conselho de Enfermagem).
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Trabalhando com os pobres; contra a pobreza*. OE, 2004. Pp. 9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (*História OE, 1998 – 2012*). [em linha]. [consult.em 20 de junho de 2015]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/HistoriadaOE.aspx>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. OE, 2000 a 2001, pp. 22.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *A evolução histórica da profissão de enfermagem em Portugal*. 2010. [em linha]. [consult.em 21 de junho de 2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Browser CIPE – Ordem dos Enfermeiros - \*ela Qualidade da Enfermagem*. [em linha]. [Consult.em 5 de agosto de 2015]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browsercipe/browsercipe.aspx>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. [em linha]. Lisboa, 2001. [Consult.em dia 5 de julho de 2015]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Alma-Ata: 1978, URSS – Brasil, 1979. ISBN: 9241800011#41373.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Os cuidados de saúde primários*. Conferencia sobre os cuidados de saúde primários, Genebra, 1978. (série “Saúde para Todos”, nº1), pp. 2.

PARREIRA, P. M – *As organizações*. Coimbra. 2005. ISBN: 972-8485-46-8.

PAUCHET-TRAVERSAT, A.-F; BESNIER, E; BONNERY, A.M; GABA-LEROY. *Cuidados de enfermagem fichas técnicas. Fundamentos de enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidado*. 3ª.Ed. Estudo Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-51-7. Pp. 273.

PEREIRA, Filipe, M. S. *Informação e qualidade - do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009.

PEREIRA, Filipe, M. S. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto. ICBAS, 2007 (s.n.). Pp. 72-781.

PEREIRA, Henrique. L. *Das competências em gestão da qualidade à aprendizagem organizacional -um modelo explicativo*. Tese Doutoramento. Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias. Instituto de Educação. Lisboa, 2013. Pp. 112-118. (s.n.).

PERES AM, Ciampone M.H.T. *Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enfermagem*. 2006. 15(3):492-9.

PFETTSCHER, S. A. Florence Nightingale – Enfermagem moderna. In: A. M.TOMEY e M. R. ALLIGOOD – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. Pp. 73–84.

PHILIPS, K. D. Irmã de Adaptação – Modelo de adaptação. In: TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M.R – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. Pp. 30– 322.

PINTO, Abel e SOARES, Iolanda. *Sistemas de gestão da qualidade quia para a sua implementação*. Ed. 1. Lisboa, 2009. ISBN: 978-972-618-532-1.

PIRES, A. R. *Qualidade – sistemas de gestão da qualidade*. Lisboa, Edições Sílabo, 2000.

PIRES, A.M. *Sistemas de gestão da qualidade: ambiente, segurança, responsabilidade social, industria, serviços, administração pública e educação*. Edições Sílabo. 1ª Ed. Lisboa, 2012. ISBN: 978-972-618-663-2.

POLIT D. F; e HUNGLER P. BECK, C.T. *Fundamentos pesquisa em enfermagem \_métodos, avaliação e utilização 5ª ed*. Porto Alegre: Artmad, 2004. Pp. 47.

POLIT D. F; e HUNGLER P.B. *Fundamentos pesquisa em enfermagem*. 3ª Ed. Porto Algarve, 1995.

RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADE (ACSS) - *Sistema de classificação de doentes em enfermagem*. Nº 11/1000-177. [em linha]. Lisboa, 2011. [consult.em 18 de junho de 2015.

Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20SCDE%202010.pdf>.

REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). [em linha]. [consult.em 30 de julho de 2015]. Disponível em [http://www.esencvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-161\\_96.pdf](http://www.esencvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei-161_96.pdf).

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

REPE, nº 104/98 de 21 de Abril. [em linha]. [consult.em 21 de junho de 2015. Disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/Preambulo%20DL%20104\\_98.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/Preambulo%20DL%20104_98.pdf).

RESULTADOS DO CENSOS, 2010. *Crescimento populacional de Timor-Leste é mais lento do que esperado*. [em linha]. [consult.em 31 de julho de 2015]. Disponível em <http://timor-leste.gov.tl/?p=4144&lang=pt>.

RIBEIRO, Olivério de Paiva *et al.*, “Qualidade dos cuidados de saúde”. *Millenium – Revista do ISPV*, nº 35, 2008.

ROCHA, J.A. O. *Gestão da qualidade – Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora, 2006.

SCLIAR, Moacyr - *História do conceito de saúde*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. [em linha]. Rio de Janeiro, 2007. [consult.em 15 de agosto de 2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>.

SILVA, A. – Abordagem correta da CIPE: Uma parte para ler, outra para consultar. Revista Ordem dos Enfermeiros. 2006. Nº21. Pp. 18-19.

SILVA, A.P. *Enfermagem Avançado: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Revista Servir, 55, pp. 11-20. 2007.

SILVA, A; VARANDA, Jorge; NOBRECA, Sónia. *Alquimia de qualidade na gestão dos hospitais casca*. Principia, 2004.

SILVA, Calos Alberto, et al. - *A Qualidade numa perspetiva multi e interdisciplinar*. Edições Sílabo. 1ª Ed. Lisboa, 2010.

SILVA, H. & VIEIRA, F. Antecedentes da formação em enfermagem no Porto (1855-1883), 2013. Pensar Enfermagem; 17(2), p.35-43. [em linha]. [consult.em 23 de agosto de 2015]. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2\\_Artigo4\\_35\\_43\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo4_35_43(1).pdf).

SILVA, Mercedes Gomes. *Gestão da qualidade em cuidados de saúde*. Lisboa, 2013.

SILVA, V. M; OLIVEIRA, T. C; DAMASCENO, M. C. Linguagens da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Dissertações e Teses dos Catálogos de Centro de Estudo e Pesquisa em Enfermagem, 2005. Pp. 259.

SINDICATO NACIONAL DOS TÉCNICOS SUPERIOR DE SAÚDE DAS ÁREAS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA. *Uma nova visão para a saúde e para os cuidados da saúde em Portugal, contributos e reflexões*. [em linha]. [consult.em 28 de maio de 2015]. Disponível em <http://stss.pt/files/section/Documentos%20Diversos/Presidente/doc-entregue-aud.pdf>.

SOARES, M.I.S, e FRADIQUE. “*Management of nursing and health care services*”. [em linha]. ICN.CIE.CII, 2000. [consult.em 4 de julho de 2015]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn10/serlIn10a06.pdf>.

SOUSA, M.M.A. *Garantia da qualidade em cuidados de enfermagem – construção e validação de instrumentos de medida*. Dissertação de Mestrado. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa, 1999. Página 37. ISBN: 972-95420-2-3.

SOUSA, P., PINTO, F., COSTA, C., & UVA, A. S. Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença crónica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático, 2008. Pp. 57 – 65.

TAFRESHI, M.; PAZARGADI, M.; e SAEEDI, Z. *Nurses perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in Iran. International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2007. Vol.20 nº 4, pp. 320-328.

TANNURE, Meire Churre e GONÇALVES, Ana M<sup>a</sup> Pinheiro. *SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem)*. Guia Prática. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2008. ISBN: 978-85-277-1371-9. pp. 23.

TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M.R – Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In: A. M.TOMEY e M. R. ALLIGOOD – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5<sup>a</sup> Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6.

TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M.R - Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In: A. M.TOMEY e M. R. ALLIGOOD – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5<sup>a</sup> Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. Pp. 15-31.

TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M.R. Virgínia Henderson – Definição de Enfermagem. In: A. M.TOMEY e M. R. ALLIGOOD – *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5<sup>a</sup> Ed. LUSOCIÊNCIA, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. Pp. 111-121.

TROCHIN, D.M.R; MELLEIRO, M.M; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem, In: KURCGANT, P. (coord). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VEIGA, B., SIMÕES, H., & CAMPOS, A. *O sistema de classificação de doentes em enfermagem*. Boletim informativo do IGIF, 2000. Pp. 14-17.

VIEIRA, M. *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2<sup>a</sup> Ed. Lisboa, 2009. ISBN: 978-972-54-0195-8.



## **ANEXOS**



**ANEXO I – ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS GESTORES**



## Atividade dos Enfermeiros Gestores

| Unidades de competência  | de | Atividades   |
|--|----|--|
| Garante o respeito pelos valores, regras deontológicas e prática legal |    | Atendimento dos enfermeiros para problemas pessoais  |
|  |    | Reuniões formativas  |
|  |    | Revisão de procedimentos normas e protocolos   |
|  |    | Verificação de faltas  |
| Garante as melhores práticas profissionais                             |    | Reuniões de divulgação de resultados de investigação   |
|  |    | Avalia execução de normas de procedimentos   |
|  |    | Avalia a satisfação dos doentes  |
|  |    | Assiste à passagem de turno  |
|  |    | Faz distribuição diária dos doentes  |
|  |    | Faz os horários.   |
|  |    | Afaz cálculos de rentabilidade do serviço  |
|  |    | Monitoriza indicadores para o serviço  |
| Prevê necessidades e gere pessoas                                      |    | Plano de férias  |
|  |    | Monitoriza dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão.  |
|  |    | Planeia o processo de integração dos colaboradores   |
|  |    | Promove atividades de prevenção de riscos de acidentes de serviço  |
|  |    | Promove momentos informais e de lazer  |
|  |    | Assiste á visita médica  |
|  |    | Monitoriza os registos de enfermagem   |
|  |    | Planeia a avaliação da qualidade   |
| Optimiza e promove o desenvolvimento de competências                   |    |  |
|  |    | Planeia e executa entrevistas de avaliação   |
|  |    | Orienta cuidados de maior complexidade   |
|  |    | Concebe e operacionaliza projetos no serviço, implica-se e implica a equipa no desenvolvimento e na implementação de projetos organizacionais. |
|  |    | Apresenta planos de melhoria contínua da qualidade   |

*A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

|   |  |
|---|--|
| Prevê e assegura os meios necessários à prestação de cuidados   | Assegura a gestão de materiais necessários, de modo a garantir o funcionamento global da unidade.  |
|   | Verifica os prazos de validade   |
|   | Supervisiona as refeições dos doentes  |
|   | Participa em reuniões para aquisição de material   |
|   | Elabora cálculos de custo-benefício  |
| Prevê e gere riscos   | Promove e avalia a satisfação profissional dos enfermeiros e de outros colaboradores   |
|   | Participa em grupos de trabalho e comissões na área da gestão de risco clínico e não clínico.  |
|   | Gere as situações clínicas graves, tanto quanto aos doentes e famílias como quanto à equipa.   |
|   | Gere situações imprevistas e/ou problemáticas em diversos domínios, nomeadamente na gestão dos cuidados, gestão dos recursos humanos e a gestão dos materiais. |
| Participa na definição e implementação de políticas             | Participa em equipas de projeto.   |
|   | Participa em redes de conhecimento.  |
|   | Efetua avaliação de políticas (publicas).  |
| Planeamento estratégico   | Elabora, executa e avalia planos de intervenção e projetos sectoriais ao nível estratégico.  |
|   | Garante a cooperação intersectorial para a consecução de projetos/programas de intervenção.  |
| Promove a enfermagem baseada na evidência                       | Implica a equipa na inovação, envolvendo-a em projetos, na divulgação e na utilização da investigação nos cuidados.  |
|   | Promove a realização de estudos de investigação em áreas problema da saúde e dos cuidados de enfermagem e da gestão em enfermagem.                             |
| Promove a formação e o desenvolvimento da prática de enfermagem | Atua como agente formativo na equipa multi e interdisciplinar.   |
|   | Promove a formação formal e informal da equipa.  |
|   | Promove a divulgação de informação importante para a prestação de cuidados aos diferentes níveis.  |

Fonte: APEGEL, 16/3/2013.

**ANEXO II – QUESTIONÁRIOS**



## 1. Questionário Português – Original



**Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem  
2014/2015**

**Questionário de avaliação das perspetivas dos  
enfermeiros sobre os cuidados no seu local de  
trabalho**

**Teresa de Jesus Vaz Cabral**



**Questionário dirigido aos enfermeiros de serviço**

Este questionário destina-se a identificar: A percepção dos enfermeiros relativamente aos cuidados de enfermagem.

Asseguramos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um carácter confidencial.

Considerando o conhecimento que tem sobre os cuidados do seu serviço, pedimos que exprima a sua opinião partir das afirmações que apresentamos que pressupõem padrões de qualidade.

Relativamente aos quadros que se seguem, assinale com a resposta que melhor se adequa à sua opinião, com o significado:  
Numa escala de 1 a 4, considere:  
1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre

*Agradecemos a sua colaboração neste estudo*

**Grupo I**

1 – Unidades \_\_\_\_\_

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino  Masculino

2.2 – Idade: \_\_\_\_\_ (Anos completos até ao momento de preencher o questionário)

2.3 – Anos de exercício profissional: \_\_\_\_\_

2.4 – Anos no atual serviço: \_\_\_\_\_

2.5- Exercício na área da gestão: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Exercício nos Cuidados Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

2.6 – Anos de escolaridade antes do curso de Enfermagem \_\_\_\_\_

2.7 – Formação em Enfermagem

Curso de Enfermagem \_\_\_\_\_ Curso Superior de Enfermagem \_\_\_\_\_

**Grupo II**

**3** – Enquanto enfermeiro considera que os enfermeiros da unidade onde trabalha demonstram para cada um dos seguintes domínios:

| <b>3.1 - A satisfação do cliente</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Assinale necessidade de formação nesta área:**

---

| <b>3.2 - A promoção da saúde</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Assinale necessidade de formação nesta área:**

---

| <b>3.3 - A prevenção de complicações</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste

Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.

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.

**Assinale necessidade de formação nesta área:**

---

### 3.4 –O Bem-estar e o autocuidado 1 2 3 4

Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.

Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes

Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes

Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes

Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

**Assinale necessidade de formação nesta área:**

---

### 3.5 -A readaptação funcional 1 2 3 4

Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de

enfermagem

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 cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.

Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

**Assinale necessidade de formação nesta área:**

---

**3.6 -A organização dos cuidados de enfermagem** **1** **2** **3** **4**

Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem.

Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital

**Assinale necessidade de formação nesta área:**

---

**3.7 - Caso considere pertinente, assinale necessidades de formação noutras áreas:**

---

**4 – Sobre o funcionamento dos cuidados:**

**Assinale todas as questões que são de acordo com o seu comportamento.**

**4.1- Quando tem dúvidas sobre os cuidados o que faz?**

Pergunto ao médico

Pergunto aos colegas

Pergunto ao Enfermeiro chefe

Vou Ler em livros ou vou à internet

**4.2 – Quando algum cuidado corre mal como faz?**

Não digo nada

|                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| Digo ao médico            | <input type="radio"/> |
| Digo ao Enfermeiro Chefe. | <input type="radio"/> |
| Registo                   | <input type="radio"/> |
| Aguardo que se descubra   | <input type="radio"/> |

#### 4.3 – Quando há falta de material com quem fala?

|                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| Com o Enfermeiro chefe | <input type="radio"/> |
| Com o Medico           | <input type="radio"/> |
| Com os doentes         | <input type="radio"/> |
| Não falo com ninguém   | <input type="radio"/> |

#### 4.4 – Qual o método de trabalho dos Enfermeiros?

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Tarefa (Cada Enfermeiro faz uma tarefa para todos os doentes, Pensos, medicação)              | <input type="radio"/> |
| Método individual (Um Enfermeiro faz todos os cuidados a um ou vários doentes)                | <input type="radio"/> |
| Enfermeiro responsável (Um enfermeiro é responsável pelo doente da admissão à Alta)           | <input type="radio"/> |
| Método em equipa (um grupo de enfermeiros com um líder presta cuidados a um grupo de doentes) | <input type="radio"/> |

#### 5 – Frequência de cuidados

(1 – Em todos os turnos; 2 – Diariamente; 3 – Raramente; 4- Nunca

| 5.1 - Higiene e cuidados pessoais       | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Banho na cama                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Banho no Chuveiro                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuidados aos cabelos                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vestir e despir                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.2 - Alimentação                       | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
| Alimentação nas refeições               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hidratação nos intervalos das refeições | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entubação                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste

| <b>5.3 - Movimentação</b>                                       | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Posicionamento na cama  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Posicionamento na cadeira                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mobilização na cama   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Deambulação   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.4 - Eliminação</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| Ajuda na ida ao sanitário                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Colocar aparadeiras   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Algaliação  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.5 - Terapêutica</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| Medicação por via oral  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Medicação Intramuscular   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Medicação endovenosa  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Medicação por outras vias                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.6 - Tratamentos</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| Pensos de feridas cirúrgicas                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pensos de feridas abertas                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aspiração de secreções  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.7 - Sinais vitais</b>                                      | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| Avaliação da temperatura  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avaliação da TA   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avaliação do Pulso  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Avaliação da Respiração   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.8 - Atividades especiais / de apoio e educação</b>         | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| Ensino sobre estilos de vida                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ensino sobre as situações patológicas                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ensinos sobre prevenção de complicações                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ensino sobre a adaptação dos autocuidados à situação patológica | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ensino a familiares cuidadores                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os Enfermeiros na atenção a família no caso de obtido           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.9 - Avaliação e planeamento de cuidados</b>                | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |

*A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Colheita de dados no momento de admissão - anamnese | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Plano de cuidados                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Notas de enfermagem                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Carta na Alta                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Muito Obrigada

**2. Questionário Tradução à Tétum**

**MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM  
2014/2015**

**Kestionáriu atu avalia enfermêiru sira-nia hanoin kona-ba oinsá  
fó-kuidadu iha servisu-fatin**

*Teresa de Jesus Vaz Cabral*

**Kestionáriu ba enfermêiru sira-ne'ebé sei hala'o servisu**

Kestionáriu ida-ne'e atu identifika: enfermeiru sira-nia hanoin no eperiénsia relasiona ho kuidadu iha enfermajen nian.

Ami garante katak sei rai-metin didi'ak resposta ne'ebé hatán ba kestionáriu sira-ne'e.

Konsidera katak ita-boot sira iha koñesimentu kona-ba oinsá atu fó kuidadu iha ita nia servisu-fatin, tan ne'e, ami husu ita-boot atu fó hanoin ba informasaun hirak-ne'ebé ami hatada, haktuir padraun qualidade nian.

**Grupo I**

1 – Unidades \_\_\_\_\_

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino  Masculino

Jéneru: Feto  Mane

2.2 – Idade: \_\_\_\_\_ (Anos completos até ao momento de preencher o questionário)  
(tinan kompletu to'o momentu ne'ebé prenxe kestionáriu)

2.3 – Tinan hira ona hala'o servisu profesionál nian: \_\_\_\_\_

2.4 – Tinan hira ona servisu iha ospítal: \_\_\_\_\_

2.5- Servisu iha área jestaun nian: Sim\_\_Lae\_\_ Servisu iha área kuidadu nian  
Sim\_\_Lae\_\_

2.6 – Eskola tinan hira, molok tama kursu Enfermajen \_\_\_\_\_

2.7 – Kursu iha Enfermajen

Kursu ba Enfermajen nian \_\_\_\_\_ Kursu Superiór ba Enfermajen nian \_\_\_\_\_

**Grupo II**

Marka resposta ne'ebé di'ak liu, tuir ita-boot nia hanoin, ba kuadru hirak tuir mai ne'e:  
 Husi eskala 1 to'o 4, konsidera:  
 1-Nunka; 2- dalabalun; 3- dalaruma; 4-beibeik / sempre

*Ami agradese ba ita-boot nia kolaborasaun iha estudu ida-ne'e*

**3 – Nu'udar enfermeiru, ita konsidera katak grupu enfermeiru ne'ebé servisu hamutuk iha unidade, ida-idak hatudu ninia hahalok ba área ida-idak tuir mai:**

| 3.1 - Fó satisfasaun ba kliente  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Enfermeiru sira considera no respeito ba kapasidade, fiar, valór kliente nia hakarak bainhira fó kuidadu (tau-matan) ba nia            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermeiru sira buka hakbesik-an beibeik hodi dada-lia ho kliente sira (pasiente/familia) atu harii relasaun ne'ebé di'ak ho sira hotu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermeiru sira envolve ema ne'ebé importante atu hakbesik-an liutan,bainhira fó kuidadu (tau-matan) ba kliente ida-idak               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Hakerek treinamentu no motivasaun konkreto atu melhoria satisfasaun kliente iha área ida-ne'e:

---

| 3.2 - Promosaun da Saúde   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Enfermeiru sira identifika situasaun saude populasun nian no rekursu sira ne'ebé kliente, família no comunidade iha ona                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermeiru sira aproveita oportunidade iha tempu internamentu (pasiente baixa) hodi promove oinsá atu moris saudável)                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermeiru sira hato'o informasaun ba kliente sira, iha transformasaun (aprendizajen) cognitiva, afetiva, psikomotor atu dezenvolve sira nia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

kapasidade foun

Hakerek treinamento / modelu motivasaun konkreta atu melhora promosaun da saúde ba kliente no família, no suporta ita boot nia servisu, iha área ida-ne'e:

**3.3 - Oinsá atu prevene bainhira mosu komplikasaun** **1** **2** **3** **4**

Enfermeiru sira identifika kliente nia problema poténsiál

Enfermeiru sira prescrive no implementa intervensaun hodi prevene kompliksaun

Enfermeiru sira avalia intervensaun ne'ebé kontribui hodi evita problema ka hamenus konsekuénsia ne'ebé la hakarak (lakohi atu hamosu)

Enfermeiru sira, hatudu duni sira nia matenek tékniku / sientifiku bainhira implementa intervensaun enfermajen nian

Enfermeiru sira hato'o situasaun problematiku ne'ebé identifica tiha ona ba profesionál saúde sira seluk, tuir sira-nia mandatu no kompeténsia

Enfermeiru sira supervizona atividade ne'ebé halo ba intervensaun enfermajen nian no atividade ne'ebé sira delega ba ema seluk

Enfermeiru sira hatudu responsabilidade ba desizaun ne'ebé foti, aktu ne'ebé nia pratika no servisu ne'ebé nia delega ba ema seluk

Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha área ida-ne'e:

**3.4 –Oinsá atu iha bem-estar no kuidadu an rasik** **1** **2** **3** **4**

Enfermeiru sira identifika kliente nia problema ne'ebé kontribui atu hasa'e sira-nia moris dí'ak no permite pasiente atu hala'o atividade loro-loron

Enfermeiru sira decide no implementa intervensaun ne'ebé kontribui atu hasa'e pasiente nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o nia atividade loro-loron

Enfermeiru sira hatudu sira-nia matenek tékniku/sientífiku bainhira implementa intervensaun ba enfermajen ne'ebé kontribui atu hasae pasiente nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o nia atividade loro-loron

Enfermeiru sira hatudu sira-nia matenek tékniku / sientífiku iha implementasaun ba intervensaun enfermajen nian ne'ebé kontribui atu hasa'e pasiente nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o nia atividade loro-loron

Enfermeiru sira halo referencia situasaun problematika ne'ebé identifika ona e halo contribuisaun atu aumenta bem-estar iha realizaun atividade vida pasiente nian.

Enfermeiru sira hatudu responsabilidade ba desizaun ne'ebé foti, aktu ne'ebé nia pratika no servisu ne'ebé sira delega ba ema seluk

Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha area ida-ne'e:

**3.5 - Oinsá halo adaptasaun fila fali ba funsaun uluk 1 2 3 4**

Enfermeiru sira kontinua fó nafatin ba prosesu prestasaun no fó kuidadu (tau-matan) enfermajen nian

Enfermeiru sira halo planu hodi fó-alta ba kliente ne'ebé baixa iha instituisaun saude nian, tuir kliente nia presiza no comunidade nia kbiit

Enfermeiru sira otimiza kliente sira-nia kapasidade no hakbesik-an liután, atu bele esplica kona-ba aimoruk ne'ebé iha reseita

|  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Enfermeiru sira hanorin no fó-treinu ba kliente kona-ba oinsá nia bele adapta fali ba ninia moris baibain (readaptasaun funksionál nian) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha área ida-ne'e:

---

|  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>3.6 - Organizaun ba cuidados enfermagem nian</b>          | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| Enfermeiru sira domina sistema dokumentasaun enfermagem nian | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Enfermeiru sira koñese polítika ospital nian | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha área ida-ne'e:

---

**3.7 -** Karik kazu seluk ne'ebé konsidera pertinente (adequadu), hakerek treinamentu ne'ebé persiza iha parte seluk no seidak temi iha leten

---

**4 –** Konaba funksionamentu fó kuidadu nian:

Marka iha kestaun hotu-hotu ne'ebé refleto duni ita-boot nia hahalok

**4.1- Bainhira iha dúvida kona-ba kuidadu-saude ne'ebé adequadu, saida mak ita-boot halo?**

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| Ha'u husu ba médiku                | <input type="radio"/> |
| Husu ba kolega sira                | <input type="radio"/> |
| Husu ba Xefe Enfermeiru nian       | <input type="radio"/> |
| Lee iha livru ka buka iha internet | <input type="radio"/> |

**4.2 –** Bainhira kuidadu (tau-matan) -saúde ruma la'o la di'ak, oinsa ita-boot halo?

|   |                       |
|---|-----------------------|
| La dehan buat ida                                 | <input type="radio"/> |
| Fó-hatene ba médiku                               | <input type="radio"/> |
| Fó-hatene ba xefe-enfermeiru nian                 | <input type="radio"/> |
| Hakerek nota kona-ba saída mak akontese (registu) | <input type="radio"/> |
| Hein to'o ema seluk sei deskobre                  | <input type="radio"/> |

**4.3 –** Bainhira materiál la iha, ita-boot ko'alia ho sé?

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Ho Xefi Enfermeiru    | <input type="radio"/> |
| Ho Médiku             | <input type="radio"/> |
| Ho pasiente sira      | <input type="radio"/> |
| La Ko'alia ho ema ida | <input type="radio"/> |

**4.4 –** Enfermeiru sira nia métudu servisu mak ida ne'ebé?

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Knaar (Tarefa); (enfermeiru sira ida-idak hala'o nia knaar ba pasiente hotu-hotu, purezemplu taka kanek ka fó ai-moruk) | <input type="radio"/> |
| Métodu individuál katak (enfermeiru sira ida fó-kuidadu-enfermagem ba pasiente ida ema moras oin-oin)                   | <input type="radio"/> |
| Enfermeiru sira responsável: (enfermeiru sira ida mak sai responsável ba  | <input type="radio"/> |

paciente husi baixa to'o alta ba uma

Métudu-ekipa katak (enfermeiru sira grupu ida ho lider ida fó kuidadu-enfermajen ba paciente lubuk ida

○

5 – Frekuensia fó kuidadu-enfermajen lor-loron nian

1 - Nunka; 2-lorloron; 3-dalaruma; 4- iha turnu hotu-hotu

|   |          |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|----------|
| <b>5.1 - Higiene no fó-kuidadu ba paciente ida-idak</b>             | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Fó-hariis paciente iha kama-leten                                   | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó-haris paciente iha hariis-fatin                                  | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Kuidadu paciente nia fuuk   | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó hatais no hasai roupa  | ○        | ○        | ○        | ○        |
| <b>5.2 – Alimentasaun</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Fó aihan ba paciente iha fatin ba refeisaun nian/ toba fatin        | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó bee ba paciente entre oras han                                   | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Uza kateter atu fó hahán (NGT)                                      | ○        | ○        | ○        | ○        |
| <b>5.3 - Muda paciente ba fatin seluk (Movimentasaun)</b>           | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Muda paciente nia pozisaun iha kama-leten                           | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Muda paciente nia pozisaun iha kadeira                              | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Halo mobilizasaun ba paciente iha kama leten                        | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Haree paciente nia pozisaun wainhira la'ó                           | ○        | ○        | ○        | ○        |
| <b>5.4 – Eliminasaun</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Ajuda paciente bá sanitáriu/sintina                                 | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó basia atu rekolle teen no miin ( <i>aparadeira</i> ) ba paciente | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó katéter atu hasai miin ( <i>algalição</i> )                      | ○        | ○        | ○        | ○        |
| <b>5.5 – Terapêutica</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Fó hemu ai-moruk ba paciente  | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó medikasaun intra-muskulár nian (sona paciente                    | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Fó medikasaun endevenoza nian (uza uat atu tau ai-moruk             | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Uza maneira seluk atu fó ai-moruk ba paciente                       | ○        | ○        | ○        | ○        |
| <b>5.6 - Tratamentu</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Halo kurativu no taka kanek sirúrjiku                               | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Halo kurativu no taka kanek naklokek /nakloke hela                  | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Uza aspirasaun ba sekresaun sira                                    | ○        | ○        | ○        | ○        |
| <b>5.7 - Sinais vitais</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
| Halo avaliasaun ba temperatura                                      | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Halo avaliasaun ba Tensaun Arteriál                                 | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Halo avaliasaun ba pulsu  | ○        | ○        | ○        | ○        |
| Halo avaliasaun ba respirasaun (dada-iis no hasai iis) nian         | ○        | ○        | ○        | ○        |

| <b>5.8 - Atividade especial / apoio no edukasaun nian</b>                                | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hanorin kona-ba moris di'ak (estilu moris nian)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hanorin kona-ba situsaun patolójiku nian   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hanorin oinsá atu prevene husi komplikasaun  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hanorin ba pasiente oinsá atu fó-kuidadu (tau-matan) ba an rasik iha situsaun patolójiku | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hanorin família oinsá atu tau-matan no fó-kuidadu ba pasiente                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Enfermeiru sira fo atensaun ba parte Fé nian, wainhira mate.                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| <b>5.9 - Halo avaliasaun no planeamento ba kuidadu</b>                      | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Halibur dadus bainhira pasiente tama iha ospital ka sentru-saude (anamnese) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Halo planeamentu ba kuidadu (tau-matan) -saúde nian                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hakerek nota ba kuidadu (tau matan) enfermajen nian                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hakerek surat (prepara dokumentu sira) bainhira fó alta ba pasiente         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Muito obrigado

### 3. Questionário tradução mixtura Português – Tétum



**MESTRADO EM DIREÇÃO E CHEFIA DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM  
2014/2015**

**Questionário de avaliação das perspetivas dos  
enfermeiros sobre os cuidados no seu local de  
trabalho**

**Kestionáriu atu avalia enfermêtra sira-nia hanoin koma-ba  
otmá fá-kuidadu ilia servisu-fatin**

**Teresa de Jesus Vaz Cabral**



**Questionário dirigido aos enfermeiros de serviço**

**Kestionáriu ba enfermêiru sira-ne'ebé sei hala'o servisu**

Este questionário destina-se a identificar: A perceção dos enfermeiros relativamente aos cuidados de enfermagem.

**Kestionáriu ida-ne'e atu identifika: enfermeiru sira-nia hanoin no eperiénsia relasiona ho kuidadu iha enfermajen nian.**

Asseguramos que o conteúdo das respostas ao questionário terá um carácter confidencial.

**Ami garante katak sei rai-metin didi'ak resposta ne'ebé hatán ba kestonáriu sira-ne'e.**

Considerando o conhecimento que tem sobre os cuidados do seu serviço, pedimos que exprima a sua opinião partir das afirmações que apresentamos que pressupõem padrões de qualidade.

**Konsidera katak ita-boot sira iha koñesimentu kona-ba oinsá atu fó kuidadu iha ita nia servisu-fatin, tan ne'e, ami husu ita-boot atu fó hanoin ba informasaun hirak-ne'ebé ami hatada, haktuir padraun qualidade nian.**

**Grupo I**

1 – Unidades \_\_\_\_\_

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino  Masculino; Jéneru: Feto  Mane

2.2 – Idade: \_\_\_\_\_ (Anos completos até ao momento de preencher o questionário)  
**(tinan kompletu to'o momentu ne'ebé prenxe kestonáriu)**

2.3 – Anos de exercício profissional: \_\_\_\_\_

**Tinan hira ona hala'o servisu profesionál nian**

2.4 – Anos no atual serviço: \_\_\_\_\_

**Tinan hira ona servisu iha ospital**

2.5- Exercício na área da gestão: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_ Exercício nos Cuidados Sim \_\_\_\_  
Não \_\_\_\_

**Servisu iha área jestaun nian: Sim-----Lae\_\_ Servisu iha área kuidadu nian**

**Sim \_\_\_\_ Lae \_\_**

2.6 – Anos de escolaridade antes do curso de Enfermagem\_\_

**Eskola tinan hira, molok tama kursu Enfermajen**

2.7 – Formação em Enfermagem / **Kursu iha Enfermajen**

Curso de Enfermagem \_\_\_\_\_ Curso Superior de Enfermagem \_\_\_\_\_

**Kursu ba Enfermajen nian \_\_\_\_\_ Kursu Superiór ba Enfermajen nian \_\_\_\_\_**

## Grupo II

3 – Enquanto enfermeiro considera que os enfermeiros da unidade onde trabalha demonstram para cada um dos seguintes domínios: **Nu'udar enfermeiru, ita konsidera katak grupu enfermeiru ne'ebé servisu hamutuk iha unidade, ida-idak hatudu ninia hahalok ba área ida-idak tuir mai:**

Relativamente aos quadros que se seguem, assinale com a resposta que melhor se adequa à sua opinião, com o significado:  
Numa escala de 1 a 4, considere:  
2- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre  
**Marka resposta ne'ebé di'ak liu, tuir ita-boot nia hanoin, ba kuadru hirak tuir mai ne'e:**  
**Husi eskala 1 to'o 4, konsidera:**  
1-Nunka; 2- dalabalun; 3- dalaruma; 4-beibeik / sempre

*Agradecemos a sua colaboração neste estudo*

***Ami agradese ba ita-boot nia kolaborasaun iha estudu ida-ne'e***

| <b>3.1 - A satisfação do cliente / Fó satisfasaun ba kliente</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam.<br><b>(Enfermeiru sira konsidera no respeito ba kapasidade, fiar, valór kliente nia hakarak bainhira fó kuidadu (tau-matan) ba nia.)</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| a. Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)<br><b>Enfermeiru sira buka hakbesik-an beibeik hodi dada-lia ho kliente sira (pasiente/familia) atu harii relasaun ne'ebé di'ak ho sira hotu.</b>                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados<br><b>Enfermeiru sira envolve ema ne'ebé importante atu hakbesik-an liutan,bainhira fó kuidadu (tau-matan) ba kliente ida-idak.</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



- |   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| b. Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações ( <b>Enfermeiru sira prescreve no implementa intervensaun hodi prevene kompliksaun</b> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis<br><b>Enfermeiru sira avalia intervensaun ne'ebé kontribui hodi evita problema ka hamenus konsekuénsia ne'ebé la hakarak (lakohi atu hamosu).</b>                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem.<br><b>Enfermeiru sira, hatudu duni sira nia matenek tékniku / sientifiku bainhira implementa intervensaun enfermajen nian.</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais.<br><b>Enfermeiru sira hato'o situasaun problematiku ne'ebé identifica tiha ona ba profesionál saúde sira seluk, tuir sira-nia mandatu no kompeténsia.</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam ( <b>Enfermeiru sira supervizona atividade ne'ebé halo ba intervensaun enfermajen nian no atividade ne'ebé sira delega ba ema seluk</b> )                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.<br><b>Enfermeiru sira hatudu responsabilidade ba desizaun ne'ebé foti, aktu ne'ebé nia pratika no servisu ne'ebé nia delega ba ema seluk.</b>                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Assinale necessidade de formação nesta área:

**Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha área ida-ne'e:**

---

| 3.4 – O Bem-estar e o autocuidado / Oinsá atu iha bem-estar no kuidadu an rasik.   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>a. Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida.</p> <p><b>Enfermeiru sira identifika kliente nia problema ne'ebé kontribui atu hasa'e sira-nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o atividade loro-loron.</b></p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>b. Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.</p> <p><b>Enfermeiru sira decide no implementa intervensaun ne'ebé kontribui atu hasa'e pasiente nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o nia atividade loro-loron.</b></p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>c. Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes</p> <p><b>Enfermeiru sira hatudu sira-nia matenek tékniku/sientífiku bainhira implementa intervensaun ba enfermajen ne'ebé kontribui atu hasae pasiente nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o nia atividade loro-loron.</b></p>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>d. Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes</p> <p><b>Enfermeiru sira hatudu sira-nia matenek tékniku / sientífiku iha implementasaun ba intervensaun enfermajen nian ne'ebé kontribui atu hasa'e pasiente nia moris di'ak no permite pasiente atu hala'o nia atividade loro-loron.</b></p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>e. Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.</p> <p><b>Enfermeiru sira hatudu sira-nia responsabilidade bainhira foti</b></p>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**desizaun, ou hala'o atividade ruma ka entrega atividade ruma ba ema seluk.**

- f. Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam.

**Enfermeiru sira hatudu responsabilidade ba desizaun ne'ebé foti, aktu ne'ebé nia pratika no servisu ne'ebé sira delega ba ema seluk.**

Assinale necessidade de formação nesta área:

**Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha area ida-ne'e:**

---

**3.5 A readaptação funcional/Oinsá halo adaptasaun fila fali ba funsaun uluk.** **1 2 3 4**

- a. Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem

**Enfermeiru sira kontinua fó nafatin ba prosesu prestasaun no fó kuidadu (tau-matan) enfermajen nian.**

- b. Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade.

**Enfermeiru sira halo planu hodi fó-alta ba kliente ne'ebé baixa iha instituisaun saude nian, tuir kliente nia presiza no comunidade nia kbiit.**

- c. Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito.

**Enfermeiru sira otimiza kliente sira-nia kapasidade no hakbesik-an liután, atu bele esplica kona-ba aimoruk ne'ebé iha reseita.**

- d. Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

**Enfermeiru sira hanorin no fó-treinu ba kliente kona-ba oinsá nia bele adapta fali ba ninia moris baibain (readaptasaun**

funcionál nian).

Assinale necessidade de formação nesta área:

**Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha área ida-ne'e:**

---

| 3.6 -A organização dos cuidados de enfermagem | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
|---|---|---|---|---|

|  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Enfermeiru sira domina sistema dokumentasaun enfermagem nian.**

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| b. Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Enfermeiru sira koñese política ospital nian.**

Assinale necessidade de formação nesta área:

**Hakerek treinamentu saida de'it mak persiza atu halo formasaun iha área ida-ne'e:**

---

**3.7 -** Caso considere pertinente, assinale necessidades de formação noutras áreas:

**Karik kazu seluk ne'ebé konsidera pertinente (adequadu), hakerek treinamentu ne'ebé persiza iha parte seluk no seidauk temi iha leten.**

---

**4 –** Sobre o funcionamento dos cuidados /Konaba funcionamentu fó kuidadu nian:

Assinale todas as questões que são de acordo com o seu comportamento.

**Marka iha kestaun hotu-hotu ne'ebé reflete duni ita-boot nia hahalok.**

**4.1-** Quando tem dúvidas sobre os cuidados o que faz?

**Bainhira iha dúvida kona-ba kuidadu-saude ne'ebé adequadu, saída mak ita-boot halo?**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| a. Pergunto ao médico (Ha'u husu ba médiku) | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|

|   |                       |
|---|-----------------------|
| b. Pergunto aos colegas (Husu ba kolega sira) | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| c. Pergunto ao Enfermeiro chefe (Husu ba Xefe Enfermeiru nian) | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|

|   |                       |
|---|-----------------------|
| d. Vou Ler em livros ou vou à internet (Lee iha livru ka buka iha internet) | <input type="radio"/> |
|---|-----------------------|

4.2 – Quando algum cuidado corre mal como faz?

**Bainhira kuidadu (tau-matan) -saúde ruma la’o la di’ak, oinsa ita-boot halo?**

- a. Não digo nada (**La dehan buat ida**)
- b. Digo ao médico (**Fó-hatene ba médiku**)
- c. Digo ao Enfermeiro Chefe (**Fó-hatene ba xefe-enfermeiru nian**)
- d. Registo (**Hakerek nota kona-ba saída mak akontese (registu)**)
- e. Aguado que se descubra (**Hein to’o ema seluk sei deskobre**)

4.3 – Quando há falta de material com quem fala?

**Bainhira materiál la iha, ita-boot ko’alia ho sé?**

- a. Com o Enfermeiro chefe (**Ho Xefi Enfermeiru**)
- b. Com o Médico (**Ho Médiku**)
- c. Com os doentes (**Ho pasiente sira**)
- d. Não falo com ninguém (**La Ko’alia ho ema ida**)

4.4 – Qual o método de trabalho dos Enfermeiros? Enfermeiru sira nia métudu servisu mak ida ne’ebé?

- a. Tarefa (Cada Enfermeiro faz uma tarefa para todos os doentes, Pensos, medicação)  
**Knaar (Tarefa); (enfermeiru sira ida-idak hala’o nia knaar ba pasiente hotu-hotu, purezemplu taka kanek ka fó ai-moruk.**
- b. Métopu individual (Um Enfermeiro faz todos os cuidados a um ou vários doentes).  
**Métodu individuál katak (enfermeiru sira ida fó-kuidadu-enfermajen ba pasiente ida ema moras oin-oin)**
- c. Enfermeiro responsável (Um enfermeiro é responsável pelo doente da admissão à Alta)  
**Enfermeiru sira responsável: (enfermeiru sira ida mak sai responsável ba pasiente husi baixa to’o alta ba uma)**
- d. Método em equipa (um grupo de enfermeiros com um líder presta cuidados a um grupo de doentes)  
**Métodu-ekipa katak (enfermeiru sira grupu ida ho lider ida fó**

**kuidadu-enfermajen ba pasiente lubuk ida)**

5 – Frequência de cuidados / Frekuensi fó kuidadu-enfermajen lor-loron nian

(1 – Nunca; 2 – Diariamente; 3 – Raramente; 4- Em todos os turnos

1- Nunka; 2- lorloron; 3- dalaruma; 4- iha turnu hotu-hotu)

| <b>5.1 - Higiene e cuidados pessoais/Hijiene no fó-kuidadu ba pasiente ida-idak</b>                 | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Banho na cama ( <b>Fó-hariis pasiente iha kama-leten</b> )                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Banho no Chuveiro ( <b>Fó-haris pasiente iha hariis-fatin</b> )                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Cuidados aos cabelos ( <b>Kuidadu pasiente nia fuuk</b> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Vestir e despir ( <b>Fó hatais no hasai roupa</b> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.2 – Alimentação</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| a. Alimentação nas refeições<br><b>Fó aihan ba pasiente iha fatin ba refeisaun nian/ toba fatin</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Hidratação nos intervalos das refeições<br><b>Fó bee ba pasiente entre oras han.</b>             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Entubação ( <b>Uza kateter atu fó hahán (NGT)</b> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.3 – Movimentação / Muda pasiente ba fatin seluk (Movimentasaun)</b>                            | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| a. Posicionamento na cama<br><b>Muda pasiente nia pozisaun iha kama-leten</b>                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Posicionamento na cadeira<br><b>Muda pasiente nia pozisaun iha cadeira</b>                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Mobilização na cama<br><b>Halo mobilizasaun ba pasiente iha kama leten</b>                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Deambulação ( <b>Haree pasiente nia pozisaun wainhira la’o</b> )                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.4 – Eliminação</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| a. Ajuda na ida ao sanitário ( <b>Ajuda pasiente bá sanitáriu/sintina</b> )                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Colocar aparadeiras<br><b>Fó basia atu rekolle teen no miin (aparadeira) ba pasiente</b>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Algaliação ( <b>Fó katéter atu hasai miin (algaliação)</b> )                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.5 – Terapêutica</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |

*A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor-Leste*

|   |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Medicação por via oral ( <b>Fó hemu ai-moruk ba pasiente</b> )   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Medicação Intramuscular<br><b>Fó medikasaun intra-muskulár nian (sona pasiente)</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Medicação endovenosa<br><b>Fó medikasaun endevenoza nian (uza uat atu tau ai-moruk)</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Medicação por outras vias<br><b>Uza maneira seluk atu fó ai-moruk ba pasiente</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.6 – Tratamentos</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| a. Pensos de feridas cirúrgicas<br><b>Halo kurativu no taka kanek sirújiku.</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Pensos de feridas abertas<br><b>Halo kurativu no taka kanek naklokek /nakloke hela).</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Aspiração de secreções ( <b>Uza aspirasaun ba sekresaun sira</b> )   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.7 - Sinais vitais</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| a. Avaliação da temperatura ( <b>Halo avaliasaun ba temperatura</b> )   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Avaliação da TA ( <b>Halo avalisaun ba Tensaun Arteriál</b> )  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Avaliação do Pulso ( <b>Halo avaliasaun ba pulsu</b> )   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Avaliação da Respiração<br><b>Halo avaliasaun ba respirasaun (dada-iis no hasai iis) nian</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5.8 - Atividades especiais / de apoio e educação</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| <b>Atividade spesiál / apoiu no edukasaun nian</b>  |                       |                       |                       |                       |
| a. Ensino sobre estilos de vida<br><b>Hanorin kona-ba moris di'ak (estilu moris nian)</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Ensino sobre as situações patológicas<br><b>Hanorin kona-ba situsaun patolójiku nian</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Ensinos sobre prevenção de complicações<br><b>Hanorin oinsá atu prevene husi komplikasaun</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Ensino sobre a adaptação dos autocuidados à situação patológica<br><b>Hanorin ba pasiente oinsá atu fó-kuidadu (tau-matan) ba an rasik iha situsaun patolójiku</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Ensino a familiares cuidadores   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| <b>Hanorin família oinsá atu tau-matan no fó-kuidadu ba pasiente</b>   |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| f. Os Enfermeiros na atenção a família no caso de obtido   |                       |                       |                       |                       |
| <b>5.9 - Avaliação e planeamento de cuidados</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              |
| <b>Halo avaliasaun no planeamento ba kuidadu</b>   |                       |                       |                       |                       |
| a. Colheita de dados no momento de admissão – anamnese<br><b>Halibur dadus bainhira pasiente tama iha ospital ka sentru-saude (anamnese)</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Plano de cuidados<br><b>Halo planeamentu ba kuidadu (tau-matan) -saúde nian</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Notas de enfermagem<br><b>Hakerek nota ba kuidadu (tau matan) -enfermajen nian</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Carta na Alta<br><b>Hakerek surat (prepara dokumentu sira) bainhira fó alta ba pasiente</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Muito obrigada

**ANEXOS III – AUTORIZAÇÃO**



**Carta da orientadora da Dissertação ao Magnífico Reitor da UNTL**



Digníssimo Professor Doutor Aurélio Guterres  
Reitor da Universidade Nacional de Timor Lorosae

Eu Maria Manuela Ferreira Perira da Silva Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Doutorada em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto e orientadora da estudante Teresa de Jesus Vaz Cabral do Mestrado de Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, vem solicitar a Vossa colaboração no sentido de possibilitar que a estudante faça a colheita de dados em Timor.

O estudo designado "Qualidade dos cuidados de Enfermagem em Timor - necessidades de formação" tem como finalidade contribuir para melhorar a assistência de enfermagem em Timor. Trata-se de um estudo exploratório descritivo quantitativo com recurso a um questionário de auto preenchimento utilizado e validado em Portugal.

Sendo a estudante de origem timorense acreditamos que os contributos para futuros desenvolvimentos na área específica do conhecimento em Enfermagem, serão uma mais valia para a vossa Universidade e para o País.

Para o desenvolvimento dos trabalhos em Timor planeamos que a estudante necessite de mês de trabalho de campo.

Para a concretização do estudo a estudante terá que traduzir para a linguagem em uso e validar as expressões junto de um painel de peritos e só depois aplicar á população dos enfermeiros de Timor.

Convicta de que acolherá este projeto aguardamos a Vossa anuência.

Porto, 16 de Junho de 2014





Carta da orientadora da Dissertação ao Diretor Executivo do Hospital Nacional Guido Valadares



Exmo. Sr. DR. José António Guzmão  
Diretor Geral do Hospital Nacional Guido Valadares

Eu Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Doutorada em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto e orientadora da estudante Teresa de Jesus Vaz Cabral do Mestrado de Direção e Chefe dos Serviços de Enfermagem, vem solicitar a Vossa autorização para realizar um estudo com os enfermeiros do Hospital que Vossa Excelência dirige.

O estudo designado "Qualidade dos cuidados de Enfermagem em Timor - necessidades de formação" tem como finalidade contribuir para melhorar a assistência de enfermagem local. Trata-se de um estudo exploratório descritivo quantitativo com recurso a um questionário de auto preenchimento utilizado e validado em Portugal.

Sendo a estudante de origem timorense acreditamos que os contributos para futuros desenvolvimentos na área específica do conhecimento em Enfermagem, serão uma mais valia para o País.

Comprometemo-nos a fazer entrega do relatório final para que possa ser um contributo para futuros desenvolvimentos.

Convicta de que acolherá este projeto aguardamos a Vossa anuência.

Porto, 16 de Junho de 2014

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Nota: Junto se anexa o projeto



**Carta da aceitação da Comissão da Ética do Ministerio da Saúde de Timor Leste**



**REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE TIMOR LESTE (RDTL)**

**MINISTERIO DA SAÚDE**

**HOSPITAL NACIONAL GUIDO VALADARES DÍLI-TIMOR LESTE**

---

Para: Teresa de Jesus Vaz Cabral

Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem

Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal

**Ré: A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Padrões de Qualidade em Timor Leste**

Para Teresa de Jesus Vaz Cabral,

Aconsamos o recebimento de necessárias informações solicitadas pelo Comité de pesquisa de saúde para seu processo de pesquisa.

No dia 21 de fevereiro de 2015, o comité avaliou seu aplicativo e condições éticas, e vimos informá-la que a proposta de pesquisa foi aprovada.

Desejamos-lhe tudo de melhor com seu projeto e estamos ansiosos para receber uma cópia de seu relatório de progresso na conclusão de sua pesquisa.

Atenciosamente

Dr. João Pedro da Costa Xavier MMed, Sure,  
Diretor Clínico do Hospital Nacional Guido Valadares