

Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Universidade do Algarve

Escola Superior de Saúde

**Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de
Gestão: Estudo de Caso**

WANDY ALMEIDA DOS SANTOS

Orientador: PROFESSOR DOUTOR EMANUEL CATUMBELA - Diretor Nacional para o Ensino Superior, Ciência, Governo de Angola

Orientadora: PROFESSORA DOUTORA MARGARIDA EIRAS - Professora Adjunta na Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2022

Instituto Politécnico de Lisboa

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Universidade do Algarve

Escola Superior de Saúde

**Indicadores de Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de
Gestão: Estudo de Caso**

Wandy Almeida dos Santos

Orientador: Professor Doutor Emanuel Catumbela - Diretor Nacional para o Ensino Superior, Ciência, Governo de Angola

Orientadora: Professora Doutora Margarida Eiras - - Professora Adjunta na Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa

Presidente: Professor Doutor André Filipe Ferreira Coelho

Arguente: Professor Doutor Eduardo Valentim

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde
(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2022

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que estejam incluídos neste trabalho.

Dedicatória

A um anjo que olha por mim todos os dias

Vitória de Almeida e Sousa
(Minha Tó)

Agradecimentos

Expresso a minha gratidão aos meus orientadores, a Professora Doutora Margarida Eiras e o Professor Doutor Emanuel Catumbela, pelos ensinamentos que souberam transmitir ao longo deste processo, pela disponibilidade e pelo empenho.

À minha família, em especial aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e naquilo que faço, pelo apoio incondicional e pela força. Espero um dia poder retribuir, de alguma forma, tudo que já fizeram por mim. A vossa presença durante esta jornada tornou tudo mais fácil.

Aos meus irmãos, a minha maior alegria, aos meus avós e aos meus tios pelo apoio afetivo, pela motivação, amor e carinho.

Ao Grupo Peandra por ter tornado possível a realização deste estudo, em especial ao Doutor Leite Cruzeiro.

A todos, muito obrigada!

Resumo

O potencial para melhorar a segurança do doente e a qualidade através da disponibilização da informação, da partilha e orientação sobre as melhores práticas é uma componente crítica da proposta de valor para as informações de saúde. Neste sentido, construir uma cultura da qualidade do atendimento para crianças é um desafio prioritário, sendo que este indicador seja uma atividade de alto nível que só poderá ser conduzida por equipas responsáveis.

O objetivo principal desta dissertação é analisar a qualidade dos serviços clínicos de pediatria através dos indicadores da qualidade no Consultório Peandra. O trabalho consiste num estudo descritivo qualitativo onde foram obtidos 32 questionários válidos por parte dos profissionais do Consultório, que incidiram na avaliação do conhecimento dos profissionais relativamente aos indicadores da qualidade dos serviços pediátricos, na sua expectativa e perspetiva face à qualidade do serviço e no seu grau de satisfação profissional.

Os resultados demonstraram que o género feminino apresenta diferenças estatisticamente significativas quanto ao grau do conhecimento dos indicadores da qualidade e uma maior satisfação a nível profissional. Existem também diferenças significativas nas diferentes faixas etárias em relação às perspetivas dos profissionais face à qualidade dos serviços em saúde e ao grau de satisfação. A qualidade é um parâmetro prioritário a ser melhorado na Peandra, havendo, também, necessidade de se elaborar uma reestruturação as suas políticas, pois os profissionais não se sentem completamente satisfeitos.

Este estudo visa aperfeiçoar o estado do serviço e atentar os profissionais no que se trata da qualidade em saúde e desenvolver intervenções para melhorar as políticas, nomeadamente o recurso aos indicadores da qualidade.

Palavras-chave: gestão hospitalar; indicadores de qualidade pediátricos; satisfação.

Abstract

The potential to improve patient safety and quality through the provision of information, sharing and guidance on best practices is a critical component of the value proposition for health information. In this sense, building a culture of quality care for children is a priority challenge, and this indicator is a high-level activity that can only be conducted by responsible teams.

The main objective of this dissertation is to analyze the quality of pediatric clinical services through quality indicators in the Peandra Clinic. The work consists of a qualitative descriptive study where 32 valid questionnaires were obtained from the professionals of the Clinic, which focused on the evaluation of the knowledge of professionals regarding the indicators of quality of pediatric services, their expectation and perspective regarding the quality of the service and their degree of job satisfaction.

The results show that the female gender shows statistically significant differences in the degree of knowledge of quality indicators and greater job satisfaction. There are also significant differences in the different age groups regarding the professionals' perspectives on the quality of health services and the degree of satisfaction. Quality is a priority parameter to be improved at Peandra, and there is also a need to restructure its policies, because professionals do not feel completely satisfied.

This study aims to improve the state of the service and to focus the professionals on quality in health care and to develop interventions to improve policies, including the use of quality indicators.

Keywords: hospital management; pediatric quality indicators; satisfaction.

Índice geral

Dedicatória	IV
Agradecimentos	V
Resumo	VI
Abstract	VII
Índice geral	VIII
Índice de Tabelas	X
Índice de Figuras	X
Lista de Abreviaturas	XI
Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento teórico	4
1. Conceitos da qualidade	4
1.1 A qualidade em saúde	5
1.2 Conceito de qualidade dos serviços.....	6
2. Indicadores da qualidade	7
2.1 Indicadores da qualidade como instrumento de gestão	11
3. Problemática da criança.....	13
3.1 Desafios medir a qualidade em crianças	14
4. Breve caracterização de Angola	15
4.1 Situação económica.....	16
4.2 Indicadores da qualidade nos serviços de pediatria em Angola	16
Capítulo II: Metodologia	20
1. Questão de investigação.....	20
2. Objetivos gerais e específicos	20
3. Metodologia	20
3.1 Local de estudo.....	21
3.2 Tipo de estudo	21
3.3 População e amostra	22
3.4 Métodos e ferramentas de inquirição.....	22
3.5 Estratégia para a análise e tratamento dos dados.....	25

Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso	
3.6 Principais hipóteses	26
3.7 Questões éticas e de confidencialidade	27
Capítulo III: Apresentação e discussão dos resultados.....	28
4. Caracterização sociodemográfica da amostra	28
5. Médias e valores de dispersão das variáveis estudadas	30
6. Descrição dos resultados das hipóteses formuladas	31
6.1 Diferenças de médias das dimensões avaliadas segundo o género... 31	
6.2 Diferenças de médias das dimensões avaliadas segundo a idade..... 32	
7. Caracterização da opinião dos profissionais	32
7.1 Perspetiva face à qualidade em saúde no consultório	33
7.2 Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade	34
7.3 Grau de satisfação profissional	38
8. Discussão dos resultados	41
9. Proposta de iniciativas para a melhoria face à situação atual do Consultório Peandra	48
10. Limitações	52
Capítulo IV: Conclusões e Recomendações	53
Bibliografia	56
Anexos	66
Anexo I- Distribuição Geográfica de Angola	67
Anexo II- Questionário aos Profissionais	68
Anexo III- Autorização do Questionário.....	73
Anexo IV- Documento Informação Participante.....	74
Anexo V- Autorização da Comissão de Ética da Peandra	75
Anexo VI - Análise do grau de satisfação profissional segundo o cargo, a idade, o género e as habilitações académicas.....	1
Apêndice	5
Apêndice I - Análise do teste Alfa de Cronbach por item para avaliar o nível de confiabilidade.....	6

Índice de Tabelas

Tabela 2.1- Resultado obtido do teste α de Cronbach para avaliar o nível de confiabilidade das dimensões estudadas.	25
Tabela 3.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.	29
Tabela 3.3 - Análise da antiguidade profissional da amostra em estudo.	30
Tabela 3.4 - Dados estatísticos, médias e dispersão das dimensões estudadas.	30
Tabela 3.5 - Resultado obtido do teste de Mann-Whitney entre o género e as variáveis de avaliação das perspetivas, grau do conhecimento e grau de satisfação profissional.	31
Tabela 3.6 - Resultado obtido do teste de Mann-Whitney entre a idade e as variáveis de avaliação das perspetivas, grau dos conhecimentos e satisfação profissional.	32
Tabela 3.7 - Perspetiva face à qualidade em saúde dos profissionais do consultório Peandra.	34
Tabela 3.8 - Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos por parte dos profissionais.	35
Tabela 3.9 - Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos empregues na Peandra por parte dos profissionais.	36
Tabela 3.10 - Frequência dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos avaliados na Peandra, segundo o tempo de exercício profissional e o cargo ocupado.	37
Tabela 3.11 - Grau de satisfação profissional no consultório Peandra.	39

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Conexão dos fatores de qualidade e os atributos de qualidade.	5
Figura 1.2 - Tríade de Donabedian.	8
Figura 3.3 - Iniciativas para a melhoria da qualidade no consultório Peandra.	49

Lista de Abreviaturas

AHRQ - Agency of Healthcare Research and Quality

BNA - Banco Nacional de Angola

CIA - Central Intelligence Agency

CPN - Cuidados Pré-Natais

EUA - Estados Unidos da América

IAAC - Instituto Angolano de Acreditação

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IIMS - Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

IOM - Institute of Medicine

IPAC - Instituto Português de Acreditação

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MPLA - Movimento Popular de Libertação de Angola

OMS - Organização Mundial da Saúde

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UNDP - United Nations Development Programme

UNICEF - Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

UNITA - União Nacional para a Independência Total de Angola

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

Introdução

Indicadores da qualidade são a resposta à necessidade de medidas da qualidade multidimensionais e acessíveis que podem ser usadas para medir o desempenho da saúde a nível quantitativo ou qualitativo, relacionados com a estrutura, processos e resultados. Proporcionam oportunidade de garantir melhores serviços monitorizando ações em todos os níveis envolvidos no processo (Groene, 2011). Descrevem os aspetos de saúde utilizados para a melhoria contínua da qualidade através da monitorização, *benchmarking* e priorização de atividades. São, do mesmo modo, ferramentas de gestão que podem ser utilizadas em avaliações de custo/efetividade (Groene, 2011).

A construção de indicadores é um processo complexo que vai desde casos simples diretos, taxas, índices a níveis mais complexos. A qualidade do indicador depende dos componentes utilizados no projeto, tais como dados demográficos, características de saúde, fatores de risco em doentes, frequência de casos e a precisão das informações (Breyer et al., 2019).

Os indicadores hospitalares oferecem uma oportunidade aos tomadores de decisão em saúde de garantir uma melhor qualidade de atendimento, monitorizando as ações realizadas pelos clientes, médicos, gestores, seguradoras, políticos e governos em todos os níveis do processo de prestação de cuidados (Groene, 2011).

Contudo, a maioria dos indicadores foi desenvolvido para adultos, e os cuidados pediátricos foram sendo esquecidos (Byron et al., 2014). No entanto, menos de 5% das crianças são afetadas pelas três doenças mais comuns, que são o foco dos indicadores na população adulta (doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e artrite) (Bordley, 2002).

Neste sentido, os Indicadores da Qualidade na Pediatria incluem a identificação de complicações, de eventos iatrogénicos e medidas para minimizar hospitalizações potencialmente evitáveis, dependendo da sensibilidade do atendimento ambulatorial, levando em consideração características pediátricas específicas. De igual modo, são importantes para refletir de questões de acesso e qualidade dos cuidados em áreas geográficas específicas (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

O termo *Primum non nocere* atribuído a Hipócrates traduz uma reflexão profunda: "o médico deve (...) ter dois objetivos, fazer o bem e evitar fazer o mal" (Fragata, 2010). Com esta premissa, e perante a constatação de erros decorrentes da prática clínica e sobretudo das consequências dos mesmos na vida dos doentes cresceu a preocupação com a segurança do doente e a necessidade de garantir a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

A gestão é importante principalmente para que a empresa alcance a alta performance e conquiste os objetivos organizacionais, alinhando o desenvolvimento do funcionário com as metas que a empresa quer atingir. Com este tipo de gestão é possível ter uma visão clara dos objetivos e recursos que a organização tem no momento.

A qualidade é uma ferramenta estratégica para atingir a eficiência operacional e o melhor desempenho de negócio (Ramya et al., 2019). Dado que a qualidade está diretamente ligada à segurança, é impossível pensar-se em qualidade sem se relacionar com a segurança. Os cuidados de saúde com qualidade devem ser prestados de forma a minimizar os riscos e prejuízos aos doentes (OMS, 2006).

Um componente essencial para a melhoria de qualquer serviço é a identificação de indicadores da qualidade específicos e mensuráveis. Os indicadores da qualidade são igualmente conhecidos como critérios de revisão, são declarações desenvolvidas sistematicamente que podem ser usadas para avaliar a adequação de decisões de saúde específicas, serviços e resultados (Del Torso et al., 2013).

Os cuidados de saúde infantil de ambulatório na Europa sofrem de graves discrepâncias na qualidade do atendimento. Em cuidados de pediatria, a adesão às diretrizes de tratamento estabelecidas é por vezes baixa em muitos países (van den Driessen et al., 2017). A baixa qualidade do atendimento nos cuidados pediátricos reflete igualmente as admissões hospitalares desnecessárias e mortes evitáveis.

Outro aspeto desafiador é o fato que o atendimento ambulatório em crianças deve ser fornecido por pediatras ou médicos de família com diferentes formações pediátricas, porém, em diversos países os cuidados de saúde pediátricos comunitários acabam por ser fornecidos apenas por enfermeiros (Cheung e Gray, 2013).

As medidas da qualidade são utilizadas para um conjunto de propósitos na área da saúde, incluindo a melhoria do atendimento clínico, regulamentação, acreditação, relatórios públicos, vigilância e manutenção da certificação. A maioria das medidas da qualidade são de três tipos, estrutura, processo e resultado e, abordam os domínios da qualidade em todo o processo de atendimento e refletem a experiência do doente e da família (Byron et al., 2014).

O desenvolvimento de indicadores para os cuidados de saúde pediátricos tem um conjunto de desafios importantes, incluindo as lacunas na base de evidências, o fato de que os indicadores para a maioria das condições devem ser específicos para a idade, e o longo processo de desenvolvimento com o uso intensivo de recursos, bem como o foco nacional no desenvolvimento de indicadores para as condições de crianças (Rosenbaum, 2016).

No sentido de compreender como as medidas são aplicadas às crianças é útil entender os tipos de indicadores da qualidade. Sendo que estes são as ferramentas que ajudam a medir ou a quantificar os processos de cuidados de saúde, resultados, percepções do doente e estrutura organizacional, bem como os sistemas associados à capacidade de fornecer cuidados de saúde de alta qualidade (Panzer et al., 2013).

Tendo em conta estes pressupostos, importa analisar os conceitos relativos aos indicadores da qualidade na saúde, pois o setor da saúde está cada vez mais competitivo. Importa ainda perceber como é efetuada a gestão da qualidade e quais as boas práticas desenvolvidas nos hospitais.

A dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico, onde se aborda os temas Qualidade em saúde e dos serviços, Indicadores da qualidade, Problemática da criança e Angola. No segundo capítulo descreve-se a metodologia, nomeadamente as questões de investigação, os objetivos, as hipóteses, o local e o tipo de estudo, a população e a amostra, os métodos para recolha e tratamento estatístico de dados, as questões éticas e confidencialidade. No terceiro capítulo processa-se a apresentação e discussão dos resultados de todos os parâmetros e variáveis analisadas, bem como, uma proposta de intervenção e as limitações sentidas na elaboração do estudo. No último capítulo apresenta-se a síntese dos resultados obtidos ao longo do percurso, considerações finais e sugestões para futuras investigações.

Capítulo I: Capítulo I: Enquadramento teórico

1. Conceitos da qualidade

A qualidade tem assumido ao longo dos anos uma posição predominante em vários setores dos negócios, com o seu auge nos finais da II Guerra Mundial, em que se utilizou como cobaias as empresas japonesas. Foi a partir deste acontecimento que as empresas sentiram a necessidade de se tornarem mais flexíveis e capazes de responder rápida e eficazmente a solicitações crescentes do mercado (Cruz e Carvalho, 1998).

O termo qualidade é um conceito enorme com diferentes abordagens por diferentes autores e sem consenso nem definição global. Na literatura, o termo qualidade é definido de inúmeras maneiras, definições estas oriundas de diferentes épocas e de diferentes autores, reproduzindo assim os seus pensamentos sobre o assunto em um determinado contexto (Salvador, 2012; Tinoco, 2013).

Em Portugal, define-se qualidade legalmente, no Decreto-Lei no 140/2004 de 8 de Junho (2004) “como o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade”. Segundo Imperatori (1999), é uma procura da excelência, tratando-se de um conceito multidimensional.

Os fatores da qualidade são fatores que formam a qualidade como ela se encontra no momento. Na teoria, apresentam-se definições da qualidade através de diferentes perspetivas e por meio de fatores que afetam o tipo de qualidade formada. Estes fatores da qualidade, tais como, a estrutura organizacional, cultura da organização, gestão de informações e conhecimento, são formados por fatores de atuação em diferentes categorias de organizações (Ganasegeran et al., 2015). São atributos que afetam os fatores da qualidade com relação com as características da organização. São fatores atuantes como o fluxo de informações, sistemas e hierarquias, subculturas formadas por pessoas que atuam numa organização (Zarei et al., 2015). A figura seguinte demonstra a conexão dos fatores de qualidade e os atributos de qualidade (Stake, 1995).

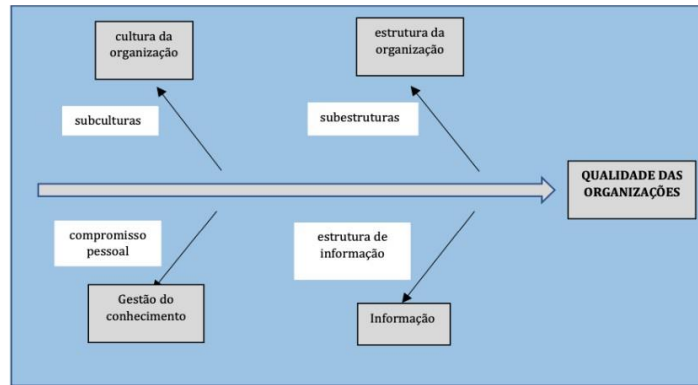


Figura 1.1 Conexão dos fatores de qualidade e os atributos de qualidade.

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Stake, 1995.

1.1 A qualidade em saúde

Para melhor entender o tema em estudo, importa definir alguns conceitos que lhe estão subjacentes. Assim, segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (1993), a Qualidade em Saúde consiste no “modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados”. Esta qualidade precisa ser frequentemente mensurada e sistematicamente melhorada, com critérios claros, transparentes e padronizados.

O Instituto de Medicina defende que o conceito de qualidade em saúde é inerente aos cuidados quando a prestação de cuidados de saúde está num nível ideal, o que consiste com os resultados de saúde esperados, de acordo as diretrizes do conhecimento profissional (IOM, 2001). Muitos autores consideram esta definição como uma das mais abrangentes dos vários tipos de definições.

De acordo a Organização Mundial da Saúde, trata-se de um conceito que pretende alcançar um nível de excelência máximo (OMS, 2003). Há também que garantir a qualidade dos cuidados, garantia essa, que se baseia na prestação de cuidados seguros, efetivos, centrados no utente, acessíveis, equitativos e eficientes (IOM, 2001; OMS, 2006). A segurança, na medida em que os cuidados de saúde devem minimizar os riscos e prejuízos, evitar erros médicos, erros de medicação, diagnósticos incorretos e lesões hospitalares. A eficiência, como medida preventiva de desperdícios e maximização do uso recursos. A efetividade, assegurando a utilização adequada dos serviços de saúde (OMS, 2006).

O cuidado centrado no doente, onde o foco deve ser as experiências relacionadas com o cuidado do doente as relações entre os doentes, os prestadores de cuidados e os familiares deve ser eficiente, tendo sempre em conta as expectativas, as preferências e os valores do doente. Acessibilidade, baseando-se na oportunidade de acesso imediato aos cuidados de saúde, sem existir barreiras económicas, geográficas e culturais (OMS, 2006). A equidade, com base no pressuposto de que a prestação de cuidados de saúde não se altera na qualidade por características individuais como a raça, o sexo e o nível socioeconómico (OMS, 2006).

Conforme Raleigh e Foot (2010), existem diferenças internacionais na forma como a qualidade em saúde é conceituada. Em Portugal, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) desenvolveu um sistema de avaliação da qualidade global das instituições de saúde, o SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde) (SNS, 2021).

O SINAS possui diversos princípios que podem ser sistematizados em três objetivos:

- Mais e melhores informações sobre a qualidade do sistema de saúde. A coleta regular de dados com a finalidade de obtenção de indicadores de avaliação consistentes potencializa a disponibilidade de informações relevantes sobre a qualidade do sistema (SNS, 2021).
- Melhoria contínua dos cuidados prestados. Através da divulgação dos resultados da avaliação, facilitará às instituições de benchmarking, promovendo a implementação de medidas para melhorar continuamente a qualidade dos serviços e cuidados prestados (SNS, 2021).
- Aprimorar a capacidade analítica dos utentes: A disponibilidade de informações proporcionará aos utentes um conhecimento confiável relativo ao nível de qualidade do sistema de saúde, o que reduzirá as assimetrias de informações atuais e permitirá o registo de decisões e opiniões (SNS, 2021).

1.2 Conceito de qualidade dos serviços

As expressões “serviço” e “qualidade” significam “qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada”. A qualidade é uma ferramenta estratégica para atingir a eficiência operacional e o melhor desempenho dos negócios (Ramya et al., 2019). A qualidade de serviço diz respeito à capacidade de um prestador de serviços satisfazer o cliente de forma eficiente, através da qual pode melhorar o desempenho dos negócios.

Igualmente, no setor dos serviços a qualidade é um elemento importante para o sucesso dos negócios, devido à realização do vínculo positivo com os lucros, maior participação do mercado, e satisfação dos clientes (Zidarova e Zografos, 2011).

O termo qualidade de serviço é mais difícil de definir e julgar. Alguns autores definem este termo de diferentes perspectivas, Philip Kotler e Gary Armstrong (2016) definiram a qualidade de serviço como a capacidade de uma empresa de serviços manter o seu cliente. Christian Gronroos propôs que a qualidade de serviço percebida pelo cliente é dotada de duas dimensões, a dimensão técnica ou de resultado e a dimensão relacionada ao processo (Gronroos, 1978).

A qualidade de serviço pode ser compreendida como uma avaliação abrangente de um determinado serviço a um cliente e na medida em que atende às suas expectativas e proporciona satisfação (Agbor, 2011). De acordo com Sharmin et al. (2016) a satisfação é o sentimento do cliente em relação ao resultado de um processo de avaliação que compara o que o foi recebido do serviço e da mercadoria com as expectativas.

A satisfação diz respeito ao julgamento do cliente sobre se os bens e serviços atenda às expectativas e necessidades e forneça um nível satisfatório de satisfação relacionada com o consumo. A este aspeto, Koutsothanassi et al. (2017) examinaram a estrutura concetual que liga os elos entre os dois serviços físicos e recursos interativos e o seu impacto na lealdade do cliente.

Numa abordagem que se baseia no utilizador, a qualidade corresponde à satisfação, ou seja, quanto mais alta a qualidade melhor a satisfação das preferências dos consumidores (Yarimoglu, 2014). As organizações percebem a qualidade de serviço como uma vantagem sustentável e competitiva.

2. Indicadores da qualidade

A gestão da qualidade é mais que uma obrigação imposta externamente. É vista como uma parte inseparável da gestão do projeto, que garante a qualidade do projeto, processos e resultados. Portanto, todos os projetos incluem a gestão da qualidade no seu trabalho.

A prestação de serviços em qualquer área esta suscetível a falhas, portanto na área da saúde não poderia ser diferente. Os indicadores da qualidade têm a função de determinar as “lacunas de desempenho” na prestação de serviços dando a oportunidade de serem desenvolvidos programas de melhoria para abordar e melhorar o atendimento.

Os indicadores podem ser utilizados para medir o desempenho de funções, sistemas ou processos, ou seja, um valor estatístico que indica o progresso direcionado para o cumprimento da meta do longo do tempo (Mir e Pinnington, 2014). Os órgãos governamentais externos e os não governamentais necessitam de medidas da qualidade para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde para os seus doentes e para determinar se é oferecido “valor para o dinheiro” (Barker e Field, 2014).

Na área da saúde, podem ser manipulados para responsabilizar e melhorar a qualidade dos sistemas e dos prestadores de cuidados de saúde, bem como monitorizar a saúde das populações (Hodgson et al., 2008; Panzer et al., 2013; Raleigh & Foot, 2010).

Portanto, são vitais para medir se os prestadores de cuidados de saúde fornecem cuidados com base nas melhores evidências disponíveis e em recomendações clínicas baseadas em evidências de órgãos profissionais autorizados (Morris e Bailey, 2014; Palmer e Miller, 2001). A qualidade nos cuidados de saúde é medida por indicadores da qualidade, utilizados para a aplicação dos dados do sistema de saúde. Deste modo, conclui-se que os indicadores podem medir diferentes dimensões da qualidade: a estrutura, o processo e os resultados (Donabedian, 1988). Estes três domínios são fundamentais para a avaliação verdadeira da qualidade de um sistema de saúde (Hibbert et al., 2013). Foi identificado que, apesar de o resultado ser a medida mais relevante da qualidade, é indispensável entender o caminho para atingir este resultado no sistema (Byron et al., 2014).



Figura 1.2 Tríade de Donabedian.

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1988.

A estrutura baseia-se nos atributos do setor onde os cuidados são concedidos, o que envolve recursos humanos, materiais, financeiros nele envolvidos. Os resultados são quantitativos, geralmente expressos em percentagem, para fornecer informações sobre as ações implementadas, a cobertura da população e o desempenho do serviço (Donabedian, 1988).

Os processos referem-se à forma como os cuidados são efetuados. Estes indicadores refletem a forma de atuação e o conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados. A sua execução envolve auditorias, pesquisas de opinião pública, entre outros (Donabedian, 1988). Os resultados são obtidos através de indicadores que refletem as medidas implementadas na saúde da população, ou seja, às alterações no estado de saúde individual (desejáveis ou indesejáveis), incluindo a qualidade de vida relacionada à saúde e a satisfação do cliente (Donabedian, 1988).

Estes indicadores são tipicamente construídos com base em expressões matemáticas, onde o numerador representa o número total de eventos predefinidos e o denominador representa a população de risco selecionada, levando em consideração a confiabilidade, a validade, a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo dos dados (Panagopoulos et al., 2017). Os autores acreditam que os indicadores podem ser uma ferramenta valiosa para alterar os processos, pois os resultados são tratados de forma apropriada conforme o objetivo a cumprir (Cortes et al., 2016).

No entanto, a seleção de indicadores para a avaliação do processo deve considerar aspetos como a saúde, políticas de cuidados, gestão e educação, missão e estrutura organizacional; programas e propostas de instituições de saúde; recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis e as expectativas da população-alvo (Kerzner, 2017).

Embora os indicadores possam sugerir qual ação tomar, muitos indicadores carecem de especificidade em termos da sua justificativa, precisão e processo de medição. Este rigor variável no seu processo de desenvolvimento pode prejudicar qualquer avaliação de desempenho do sistema de saúde nas áreas da qualidade identificados pelo indicador (Arah et al., 2006; Nolte, 2010). Como resultado, muitos indicadores apenas são operados para identificar de forma ampla, isto é, “indicar” se os serviços de saúde são de alta ou baixa qualidade, ao invés de medir com precisão o resultado a ser abordado.

Os estudos sobre os indicadores que medem a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde despertam cada vez mais o interesse daqueles que com estes se preocupam. Um estudo realizado por Cherrafi et al. (2016) identificou através de uma revisão sistemática da literatura, 77 indicadores utilizados para avaliar a qualidade de serviços de enfermagem e, classificou-os consoante o modelo Donabedian, sendo que 74% dos indicadores foram classificados como processo, 16.6% como estrutura e 9.4% como indicadores de resultado.

Assim, a validade refere-se a um indicador mede o que afirma medir (Iuga et al., 2015). Um indicador de resultado é válido se um hospital oferece boa qualidade de cuidados, e as diferentes formas de validades podem ser diferenciadas. A validade de constructo descreve até que ponto um indicador se correlaciona com outro indicador que visa medir o mesmo constructo subjacente. A validade do critério reflete até que ponto um indicador demonstra concordância com um padrão-ouro do domínio medido na qualidade de atendimento (Iuga et al., 2015).

As iniciativas de melhoria da qualidade, em conformidade com os critérios sistemáticos de organização são elementos-chave para garantir um sistema de gestão da qualidade eficaz e os resultados favoráveis, reduzindo erros. Assim, o que não é medido não pode ser melhorado (Iuga et al., 2015).

O sucesso depende de uma liderança comprometida com a melhoria da qualidade conforme o modus operandi, cultura organizacional que exige esforço de todos os colaboradores envolvidos nas atividades de melhoria, processos e procedimentos integrados como a responsabilidade partilhada dos objetivos a serem alcançados, e a aplicação pela administração e equipa de conhecimentos para a melhoria contínua e as ferramentas adequadas (Plebani et al., 2014).

Existem diferentes abordagens para medir a qualidade dos serviços de saúde que podem ser divididas em duas grandes categorias, revisão implícita, envolvendo julgamento de especialistas e revisão explícita, envolvendo o uso de critérios previamente definidos (Rios-Zertuche et al., 2018). Cada um destes métodos foi refinado para melhorar a confiabilidade, comparabilidade e precisão do avaliador. A revisão implícita inclui uma abordagem estruturada para instruir as pessoas responsáveis por cada registo. Em contraste, as revisões explícitas passaram de listagens de programas para abstrações de dados explícitos (Rios-Zertuche et al., 2018).

O estudo de Rios-Zertuche et al. (2018) tem como objetivo propor formas de avaliar indicadores padronizados, replicáveis e comparáveis para medir a qualidade dos cuidados de saúde prestados em países subdesenvolvidos. Foram construídos indicadores da qualidade para cuidados maternos, neonatais e infantis. Estes indicadores mostram diferenças na qualidade dos cuidados entre e dentro dos países. A adesão a intervenções de rotina, como cuidados pré-natais de qualidade (ANC), cuidados neonatais imediatos e contraceção pós-parto foi baixa.

2.1 Indicadores da qualidade como instrumento de gestão

Os indicadores de qualidade da gestão da saúde primária foram identificados por meio de estudos de caso ou entrevistas com profissionais de saúde. No entanto, estes estudos concentraram-se principalmente na estrutura de indicadores de desempenho eficazes, e nenhum dos estudos analisou os mecanismos para estabelecer relações causais entre os indicadores. Ou seja, há uma falta de causalidade na implementação de métricas da qualidade para a melhoria do desempenho (McNatt et al., 2015).

Cada país possui características distintas que podem diferir regionalmente, relevantes para considerar a avaliação nos cuidados de saúde. Os dados fornecidos pelos indicadores de desempenho refletem a qualidade dos sistemas e atos de saúde como um guia para definir futuras ações e pesquisas. Alguns estudos relataram algumas experiências valiosas. O estudo de Madsen et al. (2016) identificou diferentes categorias de indicadores da qualidade utilizados nas instituições hospitalares dinamarquesas através de uma revisão de literatura entre 1980 e 2010. O estudo consistiu na utilização do processo Delphi para selecionar os indicadores da qualidade para uma nova base de dados nacional de indicadores da qualidade para hospitais de emergência na Dinamarca. Foram identificados 43 indicadores potenciais, posteriormente a lista foi reduzida a 32 indicadores de qualidade, sendo que apenas 9 foram integrados a base de dados nacional de indicadores (Madsen et al., 2016). Fieldston et al. (2014) recorreram a um *scorecard* em um grande hospital infantil urbano para avaliar o fluxo de doentes e direcionar recursos para áreas de maior necessidade.

É necessário um sistema de qualidade adequado para determinar se a prática dos cuidados fornecidos pelo hospital está de acordo com os padrões desejáveis e para impulsionar a melhoria contínua da qualidade. Como os instrumentos de acreditação, como o JCAHO, tratam apenas a equipa médica e de enfermagem como um campo identificável individualmente, estes instrumentos não permitem o controle sistemático da qualidade de outros departamentos. Para avaliar a qualidade da assistência hospitalar prestada, é necessário estabelecer alinhamento entre o desempenho, a estratégia, a visão e os resultados esperados (Zivianni et al., 2015).

O feedback da avaliação da qualidade específico da profissão pode ajudar os profissionais a identificar as áreas de prática profissional que necessitam de ser melhoradas. Como a reestruturação organizacional devido a questões financeiras é comum na assistência hospitalar multidisciplinar é necessário um sistema de qualidade suficientemente flexível para as mudanças organizacionais e as funções associadas.

Este papel em constante mudança coloca maior ênfase nas capacidades de nível superior no atendimento ao cliente e nas habilidades de comunicação e colaboração entre os profissionais, destacando a importância contínua do profissionalismo (Zivianni et al., 2015).

Na ocorrência de uma reestruturação hospitalar, os profissionais como parte da equipa de saúde, necessitam do seu próprio modelo concetual para descrever o efeito da reestruturação hospitalar no seu papel profissional. A este aspeto, o estudo de Steenbruggen et al. (2019) teve como objetivo identificar os indicadores da qualidade mais importantes de um departamento de fisioterapia de base hospitalar na visão dos fisioterapeutas de base hospitalar e os seus gestores. Três grupos focais forneceram 120 indicadores potenciais, complementados com 18 indicadores potenciais baseados na literatura. Após replicação e validação do procedimento Delphi, as 138 métricas potenciais foram reduzidas a um conjunto de 56 indicadores da qualidade para fisioterapia hospitalar. Finalmente, foram condensados em 7 indicadores compostos, cada um dos quais representando um tema de qualidade baseado na definição da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (Steenbruggen et al., 2019).

O conjunto de indicadores da qualidade desenvolvidos como uma inovação para os cuidados de saúde abrangem alguns aspetos da saúde como os aspetos físicos, aspetos psicossociais e espirituais, comunicação e planeamento do cuidado, coordenação e continuidade do atendimento, tipo de atendimento e circunstâncias em torno da morte e estrutura de atendimento (Steenbruggen et al., 2019).

Existem, no entanto, alguns estudos sobre os ambientes de cuidados de demência que fornecem informações úteis sobre as barreiras e facilitadores para a implementação da qualidade. A este aspeto, o estudo de Leemans et al. (2015), teve como objetivo identificar possíveis condições que facilitem ou impeçam a implementação dos indicadores de serviços especializados de cuidados paliativos. Os cuidadores anteciparam que uma atitude positiva da equipa em relação à melhoria da qualidade, a presença de um bom líder e a ligação possível entre os indicadores da qualidade, pode facilitar a implantação de indicadores da qualidade em serviços especializados em cuidados paliativos (Leemans et al., 2015).

3. Problemática da criança

Apesar da crescente prevalência de doenças crônicas em crianças, em decorrência, especialmente, “do aumento da sobrevivência de doenças anteriormente fatais e do aumento das novas morbidades, obesidade e problemas de desenvolvimento/comportamento”, a generalidade das crianças é saudável. Logo, é necessário que as medidas da qualidade para as crianças incluam, de igual modo, a capacidade de avaliação dos serviços preventivos (Schuster, 2015).

Evidências retiradas de diversos estudos revelaram que entre 30 e 40% das crianças dos EUA e da Austrália não recebem cuidados padrões rotineiros para as condições pediátricas mais comuns nos sistemas de atenção primária à saúde (Goldfeld et al., 2016; Schuster, 2015; Starfield et al., 1994; Woolfenden et al., 2016).

Esforços para melhorar a morbidade e a mortalidade da população adulta no futuro, assim como, reduzir os custos dos cuidados de saúde, devem se concentrar na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde que as crianças recebem atualmente. Segundo o Instituto de Medicina, “é durante a infância que as bases para uma boa saúde são estabelecidas por toda a vida” (IOM, 2011).

A medição da qualidade tem a capacidade de aprimorar o atendimento a saúde das crianças através de (IOM, 2011; Morris e Bailey, 2014; Schuster, 2015):

1. A prevenção do uso excessivo, subutilizado e inadequado dos serviços de saúde.
2. Colocar a segurança do doente em primeiro lugar.
3. Identificar evidências de lacunas de desempenho na qualidade para impulsionar melhorias dos cuidados de saúde.
4. Providenciar um mecanismo para monitorizar a saúde das populações;
5. Responsabilizar aqueles que prestam cuidados de saúde pela sua qualidade.
6. Medir as disparidades na prestação de cuidados de saúde e nos resultados de saúde para informar a intervenção e a política.
7. Acreditação e certificação de serviços de saúde.
8. Fornecer às crianças e as suas famílias os dados de que precisam para fazer escolhas informadas para estas receberem os melhores cuidados. Para isso, os dados da medida da qualidade devem estar disponíveis publicamente.

3.1 Desafios ao medir a qualidade em crianças

Conforme Forrest et al., em pediatria, as medidas da qualidade devem ter em consideração os 4 D's, ou seja, quatro características distintivas da infância (Forrest et al., 1997):

1. Mudança de desenvolvimento: as rápidas mudanças de desenvolvimento na infância afetam o funcionamento, a cognição, as necessidades de cuidados de saúde, os serviços preventivos recomendados e os padrões de utilização.
2. Dependência: as crianças dependem dos pais / responsáveis para ter acesso aos cuidados. Estes relatam os resultados e experiências aos pais, o que pode interferir nas avaliações da qualidade. Considerando estes aspetos, as medidas da qualidade devem refletir o foco na criança, assim como na sua família.
3. Epidemiologia diferencial: a maioria das crianças não padece de doenças crónicas ou deficiências. Grande parte das suas interações com o sistema de saúde é para prevenção ou tratamento de doenças agudas. É difícil medir a ausência de doenças e a escassez de doenças crónicas cria desafios de dados.
4. Padrões demográficos: muitas crianças que vivem na pobreza com taxas crescentes, são vulneráveis a mudanças na política de saúde em torno do financiamento e vêm de diversas comunidades (Forrest et al., 1997).

O Instituto de Medicina acredita que estes 4D's detêm um impacto significativo na saúde e nos cuidados de saúde dos doentes no seu curso de vida, desde a sua infância até a idade adulta (IOM, 2011; Palmer e Miller, 2001).

Forrest et al. (1997) ainda defendem um quinto D que se debruça na vulnerabilidade e na disparidade dos cuidados de saúde devido a desvantagens socioeconómicas, que têm um impacto mais significativo durante os períodos mais sensíveis da infância. Podemos, portanto, concluir que as medidas da qualidade pediátricas devem considerar e incluir as populações mais vulneráveis ou 'em risco' e serem capazes de refletir a eficácia de diferentes procedimentos, levando em consideração dados desagregados por nível socioeconómico e a raça. De acordo com o Instituto de Medicina e o Conselho Nacional de Pesquisa da Academia Nacional, há evidências de uma "falta de padronização sobre como as disparidades são identificadas/medidas e falta de capacidade para medir os estágios de desenvolvimento" (IOM, 2011).

4. Breve caracterização de Angola

A República de Angola é um país situado a sudoeste de África, na costa ocidental, na região Subsariana. Tornou-se independente em 1975. É um país multicultural, com uma grande diversidade etnolinguística, sendo a língua portuguesa o seu idioma oficial, no entanto, existem mais de 20 línguas nacionais como o Quicongo, Umbundo, Quimbundo, Chócue entre outras (David, 2014).

Angola tem uma superfície de 1.246.700 km^2 , com uma costa de norte ao sul de 1.600 km e uma fronteira terrestre com 4.837 km. A nível político e administrativo, o país subdivide-se em 18 províncias, 162 municípios e 559 comunas (Censo, 2014). A sua capital é Luanda, é a mais populosa com 6 945 386 pessoas, representando pouco mais de um quarto (27%) da população do país (Censo, 2014). A sua população, à data do momento censitário, 16 de Maio de 2014, era de 25 789 024 pessoas (Censo, 2014). Em 2017, estimou-se que residiam em Angola 29 310 273 habitantes (CIA, 2017).

Conforme os Resultados Definitivos do Censo de 2014, dos 25 789 024 habitantes de Angola, 13 289 983 são mulheres correspondendo assim a 52% do total da população, enquanto a população masculina é de 12 499 041, representando 48% do total. Do total dos habitantes, 16.153.987 residem em áreas urbanas, correspondente a 63% da população, sendo que os restantes 37% habitam em áreas rurais, equivalente a 9.635.037 (Censo, 2014).

É possível visualizar a distribuição geográfica de Angola no **Anexo I**. Em 2014, residiam 20,7 habitantes por km^2 em Angola, sendo a província de Luanda a província com maior densidade populacional, com sensivelmente 368 habitantes por km^2 .

Angola é um país jovem, a sua estrutura etária é caracterizada por diferenças acentuadas entre os diferentes grupos etários. Cerca de 47% da população compreende-se no grupo que tem menos de 15 anos, o equivalente a 12.196.496 habitantes. O grupo etário dos 15 aos 24 anos corresponde a 18% da população, 4.684.938 habitantes. A população com mais de 25 e menos de 64 anos equivale a 32% da população. Os restantes 2% correspondem ao grupo com mais de 65 anos, ou seja, 612.430 habitantes (Censo, 2014). A idade média dos habitantes é cerca de 21 anos sendo a mediana de 16 anos (Censo, 2014).

4.1 Situação económica

Angola tornou-se independente em 1975, contudo de 1975 a 2002 viveu uma intensa guerra civil, maioritariamente entre o Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) e a União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA). Desde então, a situação económica do país é caracterizada por altos níveis de crescimento económico. Apesar de ser um país rico em recursos naturais, a sua economia é essencialmente dependente do setor dos hidrocarbonetos, as exportações do país assim como as receitas fiscais do Estado centram-se maioritariamente no petróleo, que em 2019, representava cerca 96% do total de exportações e 1/3 do PIB (BNA, 2019).

Em 2014, apenas 44% dos agregados familiares angolanos possuíam acesso à água potável e 60%, dos mesmos, acesso ao saneamento básico adequado. A maioria dos agregados, 70%, descartava os seus resíduos sólidos e lixo ao ar livre (Censo, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no ano de 2019, Angola situava-se em 148º lugar num ranking de 189 países (UNDP, 2019).

Conforme o Instituto Nacional de Estatísticas de Angola a taxa de desemprego de Angola, em 2021, foi de 33%. No primeiro trimestre de 2021, a população empregada com 15 ou mais anos foi estimada em 10 821 205 pessoas, sendo 5 333 496 homens e 5 487 709 mulheres (INE, 2021). Estima-se que em 2021 mais de 18 milhões de pessoas, ou seja, pouco mais de metade da população, vivem abaixo da linha de pobreza extrema, isto deve-se ao escasso e débil acesso à educação, alimentação, saneamento básico, saúde, água potável, energia elétrica, entre outras comodidades (WPC, 2020).

4.2 Indicadores da qualidade nos serviços de pediatria em Angola

Um dos principais indicadores de saúde é a taxa de mortalidade infantil, que representa a métrica das condições de vida e desenvolvimento da população. Esta taxa de mortalidade define-se como o total de mortes em crianças num determinado dividido pelo total de nascidos vivos no mesmo ano, e reflete as condições socioeconómicas (Soares e Menezes, 2010).

Angola tem registado nos últimos anos, grandes performances macroeconómicas e significativas melhorias das infraestruturas sanitárias e das políticas de saúde pública, voltadas para a família, gestantes e crianças (INE, 2014).

Neste contexto o Governo de Angola tem vindo a fixar uma série de prioridades orientadas para o combate à fome e pobreza como pressupostos para a promoção do desenvolvimento humano, inclusivo e sustentável. Embora, entre 2011 e 2015, previu-se que a taxa de mortalidade infantil em Angola tenha sido de 44 mortes a cada 1000 nascidos vivos (IIMS, 2017).

Apesar dos fatores como consultas pré-natais, prematuridade, gravidez múltipla e o tipo de parto contribuíram para a mortalidade infantil e neonatal. Sendo a mortalidade infantil vista como um indicador da qualidade de vida e dos serviços de saúde, bem como um advento evitável com um melhor atendimento no pré-natal e na assistência à criança, embora com alguma escassez de estudos em Angola (IIMS, 2017). A este aspeto, Rodrigues et al. (2019) realizaram um estudo com o objetivo descrever o perfil e analisar os fatores de risco associados à mortalidade infantil e neonatal numa maternidade pública de nível terciário localizada em Luanda, Angola. Os resultados mostram que os óbitos neonatais não são meras ocorrências, pois indicam falhas dos poderes políticos, de profissionais do sistema de saúde e das famílias. Em muitos países de baixo rendimento as deficiências na qualidade do atendimento pediátrico nos hospitais distritais são um fator que limitam as reduções na mortalidade infantil.

A este aspeto, no ano de 2012, uma iniciativa de 3 anos com apoio financeiro da Federação Russa para melhorar a qualidade do atendimento pediátrico em 40 hospitais foi implementada em Angola, e teve como principal objetivo melhorar a capacidade nacional e hospitalar na melhoria da qualidade do atendimento pediátrico por meio da adoção e introdução de padrões nacionais atualizados e do conceito de melhoria da qualidade do atendimento (PNDS, 2012).

O sistema de saúde de Angola é composto por serviços públicos e privados. Por lei angolana, os serviços públicos de saúde, desde os cuidados primários aos serviços especializados, estão disponíveis gratuitamente. No entanto, o sistema público sofre com a escassez de médicos, medicamentos, enfermeiras, trabalhadores da atenção primária à saúde, bem como com treino inadequado e falta de um sistema de gestão de informações computadorizado para rastrear com eficiência os registos históricos dos doentes (PDRH, 2014). Como resultado, o acesso aos serviços de saúde e aos produtos farmacêuticos para a maioria da população é limitado. Os serviços de saúde de melhor qualidade encontram-se em Luanda e nas outras grandes cidades de Benguela, Lobito, Lubango e Huambo (PNDS, 2012).

Os indicadores de saúde de Angola têm uma classificação global muito baixa. A expectativa de vida ao nascer é de 61,7 anos. As taxas de mortalidade infantil e materna permanecem altas, com a mortalidade de menores de cinco chegando a 157 por 1,000 nascidos vivos, e a taxa de mortalidade materna é de 477 por 100,000 nascidos vivos (UNICEF, 2015). Em Angola, 57% dos partos são assistidos por profissionais de saúde, sendo que apenas 51% ocorrem em unidades de saúde (UNICEF, 2015). Uma alta taxa de fertilidade e de 6,3 nascimentos por mulher exerce pressão adicional sobre o sistema de saúde (UNICEF, 2015).

Angola carece de cuidados primários e especializados para crianças e mulheres, contribuindo para elevadas taxas de mortalidade infantil e materna. Existem oportunidades para dispositivos médicos e produtos farmacêuticos para melhorar o atendimento a crianças e mulheres (UNICEF, 2015).

Neste sentido, os indicadores de saúde são utilizados para ajudar a identificar a qualidade do atendimento à saúde e as principais áreas com problemas adicionais (PNDS, 2012):

Pode fornecer uma verificação sobre os acessos a cuidados primários de crianças ou serviços ambulatoriais numa comunidade através do uso de dados de doentes encontrados num hospital típico.

- Aplicar as características especiais da população pediátrica.
- Incluir ajuste de risco quando apropriado.
- Incluir indicadores ao nível de hospital para detetar os potenciais problemas de segurança que ocorrem durante um internamento do doente no hospital.
- Incluir indicadores de nível de área, que são condições que podem ser evitadas com um bom atendimento ambulatorio.
- Estão publicamente disponíveis sem custo para utilizador.

Assim, os indicadores da qualidade de prevenção representam as taxas de admissão hospitalar para as condições sensíveis comuns a cuidados de ambulatorio. Sendo que, a hospitalização por estes tipos de condições pode ser frequentemente ser evitada com o uso apropriado de serviços de atenção primária de alta qualidade baseados na comunidade. E os indicadores de segurança do doente são indicadores de nível hospitalar e de área que fornecem informações sobre as possíveis complicações e erros hospitalares após cirurgias, outros procedimentos (PNDS, 2012).

Em Angola, a taxa de mortalidade materna estimada em 1.400 por 100 mil nascidos vivos em 2000, passou para 610 em 2008 e para 450 em 2010. Redução progressiva da mortalidade materna de 1.400/100.000 nados vivos em 2000 para 450/100.000 nados vivos em 2010 (PNDS, 2014).

Relativamente aos indicadores de saúde materna, a taxa de fertilidade que era de 7,2% em 2001, passou para 6.9%; a taxa de uso de contraceptivos que era apenas de 6,6%, passou para 17.7%; a assistência ao parto pelo profissional da saúde que era de 36%, é atualmente de 49% e a cobertura da consulta pré-natal é de 69% para uma ou mais visitas. A cobertura da vacinação do Tétano em mulher em idade fértil é de 80%, a cobertura do TIP na gravidez é de 42% e da prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho é de 20% (PNDS, 2014).

Capítulo II: Metodologia

1. Questão de investigação

Colocou-se como questão de investigação: O conhecimento e aplicação de indicadores da qualidade influencia ou não a gestão dos serviços clínicos?

2. Objetivos gerais e específicos

Como objetivo geral colocou-se: Analisar a qualidade dos serviços clínicos de pediatria através dos indicadores da qualidade no Consultório.

E como objetivos específicos:

- Identificar quais os indicadores da qualidade implementados no consultório Peandra;
- Analisar a perspetiva dos profissionais face à qualidade em saúde no Consultório;
- Averiguar o conhecimento dos médicos, enfermeiros e do pessoal administrativo relativo aos indicadores da qualidade na Pediatria;
- Avaliar o grau de satisfação profissional no contexto da cultura organizacional;
- Propor ações de melhoria face a situação atual.

3. Metodologia

A fase metodológica consiste em definir os meios para atingir a realização do trabalho de investigação, ou seja, a descrição dos métodos e das técnicas utilizadas para execução do estudo. Neste capítulo consta a apresentação detalhada do local e do tipo de estudo, da população-alvo, da amostra e dimensão da mesma, da técnica de amostragem, dos métodos e ferramentas de inquirição, da relação dos objetivos e das variáveis presentes no estudo, da estratégia para a análise e tratamento estatístico dos dados e as questões éticas e de confidencialidade. No decurso desta fase, “o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses” (Fortin et al., 2009).

Trata-se dum estudo descritivo quantitativo. O mesmo ocorreu em duas fases, a princípio foi realizada uma revisão de literatura de modo a obter-se uma compreensão dos conceitos em estudo, que serviram de base ao mesmo.

A escolha metodológica deu-se após uma pesquisa de modo a clarificar e compreender-se qual método seria mais adequado ao estudo. Por fim, procede-se à recolha de dados, por intermédio de um questionário, existente na literatura, que atenda ao propósito da investigação.

3.1 Local de estudo

O local de estudo selecionado foi o Consultório Pediátrico Peandra, localizado em Luanda, Angola, na Rua Joaquim Kapango 3. Sob a gerência do Dr. Leite Cruzeiro, dispõe de dois consultórios e visa a prestação de cuidados de saúde primários, sendo a sua missão promover a saúde das crianças que os visitam e orientar os pais as melhores soluções de tratamento.

O Consultório Peandra dispõe das seguintes especialidades:

-Pediatria Geral; -Terapia da Fala; -Pneumologia; -Gastroenterologia;
-Ortopedia; -Terapia Ocupacional; -Neonatologia; -Otorrinolaringologia;
-Cirurgia; -Neuro desenvolvimento; -Psicologia; -Endocrinologia.

3.2 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se um estudo descritivo quantitativo, uma forma de recolher dados e estudar a relação entre os mesmos (Bell, 2004).

Para Fortin (2003), “o método de investigação quantitativo é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”.

De acordo com Aggarwal e Ranganathan (2019), os estudos com desenho transversal envolvem uma recolha de informações sobre a presença ou nível de uma ou mais variáveis de interesse, neste caso sobre uma característica relacionada com a saúde, se a exposição ou um resultado, dado que existe numa população definida num tempo específico. Estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população num determinado momento, como instantâneos da realidade (Fortin et al., 2009).

Relativamente à dimensão temporal, o levantamento dos dados ocorreu nos meses de Março e Abril de 2022.

3.3 População e amostra

Campana et al. (2001) caracterizam uma população como “o conjunto de todos os possíveis valores de uma variável e, como amostra, qualquer subconjunto (parte) do mesmo”.

A elaboração de um estudo de investigação obriga à especificação da população, deste modo, definiu-se como população-alvo o grupo de profissionais que desempenham funções no Consultório Peandra. Sendo esta a população- alvo, estabeleceu-se como critério de inclusão o facto de o participante ser um profissional do Consultório Peandra e pertencer à área da enfermagem, medicina ou administração. Serão excluídos da amostra profissionais com contratos terceirizados assim como questionários mal preenchidos ou ilegíveis.

A técnica de amostragem de conveniência é aplicável a estudos quantitativos. Os métodos quantitativos destinam-se a alcançar uma amplitude de compreensão, amostragem proposital, validade e eficiência que são de extrema importância (Etikan et al., 2015). No entanto, a amostragem deve ser consistente com as suposições e objetivos essenciais no uso de qualquer amostragem de conveniência ou amostragem intencional. Assim, os métodos de amostragem de conveniência colocam ênfase principal na compreensão abrangente e na generalidade, ou seja, garantem que o conhecimento adquirido seja representativo da população da qual a amostra foi retirada.

Pretendeu-se que a amostra obtida corresponda o mais proximamente possível às características essenciais dos elementos da população do estudo em questão. Estando a população-alvo enquadrada no Consultório Peandra, e conseqüentemente, respeitando os critérios de inclusão e de exclusão acima referidos, a amostra será constituída pelos profissionais de enfermagem, médicos e pessoal administrativo que possuam cargos efetivos no Consultório Peandra. A amostra conta com todos os profissionais da Peandra que evidenciam as características supramencionadas, totalizando assim um conjunto de 32 participantes.

3.4 Métodos e ferramentas de inquirição

O instrumento de recolha de dados utilizado no estudo foi o questionário, método que visa recolher informações sobre acontecimentos, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

De acordo com Etikan e Bala (2017) antes de a elaboração de qualquer questionário o investigador deve ter claro o objetivo a atingir e tendo em conta o tempo de aplicação e a sua duração. De igual modo, o investigador deve comunicar o motivo para o seu estudo, o seu plano para uso na recolha de dados e a importância do estudo (Etikan e Bala, 2017).

Ainda, segundo os autores, elaborar um questionário é principalmente representar os objetivos da investigação em questões claras. Sendo que, as respostas às questões proporcionam os dados pretendidos para caracterização da população inquirida ou testar as hipóteses formuladas durante o projeto da pesquisa. A escolha do questionário, para recolha dos dados inerentes a presente pesquisa, deve-se as vantagens que este acrescenta á eficácia, eficiência e resultados da pesquisa.

O questionário utilizado no estudo, disponível no **Anexo II**, foi um questionário existente na literatura e previamente validado, dispensando assim recorrer ao pré-teste para a validação do mesmo, elaborado pela Sr^a. Dra. Isabel Cerqueira em 2018, à qual foi pedida uma autorização para a utilização do instrumento em questão via *email* (**Anexo III**) (Cerqueira, 2018).

A este questionário foram feitas ligeiras alterações relativamente a certas questões específicas, recorrendo ao relatório *Pediatric Toolkit for Using the AHRQ Quality Indicators: How to Improve Hospital Quality and Safety*, e os indicadores foram alterados de modo a adequar o mesmo a temática, contudo a estrutura manteve-se intacta (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Após uma reflexão sobre quais seriam os indicadores mais relevantes e que mais se adequassem ao presente estudo, analisando também a realidade que se vive em Angola, o sistema de saúde angolano, o cenário da saúde pediátrica no país, as dimensões do Consultório Peandra, optou-se por indicadores que sejam mais pertinentes e significativos tanto para o estudo como para o Consultório, que possam ser traduzidos em informações mais relevantes para o aperfeiçoamento do estado do serviço. Estes indicadores foram escolhidos em deterioramento de outros porque, na nossa perspetiva, adaptam-se mais facilmente a realidade vivida no país.

Os Indicadores da Qualidade dos Cuidados de Pediatria avaliados no estudo são:

- Satisfação dos enfermeiros;
- Taxa de admissões por reações vacinais;
- Porcentagem de reclamações;
- Tempo médio de permanência na consulta;
- Taxa de admissões por gastroenterite;
- Intervalo de substituição entre consultas.
- Taxa de admissões por asma;
- Taxa de admissões por infecção do trato urinário;
- Taxa de complicações por diabetes;
- Taxa de admissões por reações medicamentosas;

Este questionário foi desenvolvido tendo em conta especificamente o público-alvo do estudo em questão, os profissionais de enfermagem, médicos e pessoal administrativo que possuam cargos efetivos no Consultório Peandra. Visa analisar, numa primeira instância, as características sociodemográficas dos participantes permitindo conhecer o perfil geral bem como a caracterização profissional da população em estudo, tendo em conta a idade, o género, o tempo de exercício profissional, as habilitações académicas e profissionais. Posteriormente, o questionário avalia a expectativa face à qualidade do serviço, a perspetiva face à avaliação da qualidade pelo conhecimento dos profissionais relativamente aos indicadores da qualidade dos serviços pediátricos e dos indicadores da qualidade em saúde pediátrica utilizados no Consultório Peandra. Por fim, os profissionais serão avaliados quanto ao seu grau de satisfação profissional relativamente ao Consultório. As questões são compostas por duas categorias de respostas, uma assente em escalas de *Lickert*, tendo como opção de resposta: Concordo plenamente (5); Concordo (4); Não concordo, nem discordo (3); Discordo (2); Discordo totalmente (1), e outra dicotómica do tipo SIM/NÃO.

Aos participantes que consentiram em responder ao questionário foi-lhes disponibilizado duas versões do mesmo, uma em papel e outra eletrónica, cabendo ao inquirido optar pela versão com a qual se senti-se mais confortável. O documento a informar aos participantes as condições e o propósito do questionário/estudo encontra-se no **Anexo IV**.

A versão em papel do questionário foi disponibilizada nas instalações do Consultório Peandra. Os participantes receberam um envelope contendo o questionário com as devidas instruções para o preenchimento do mesmo, bem como salvaguardando todas as questões éticas. Após o seu preenchimento, o mesmo foi devolvido num envelope fechado, sem identificação e depositado num local preparado para o efeito.

3.5 Estratégia para a análise e tratamento dos dados

De acordo com Campana et al. (2001), a estatística não deve ser vista unicamente como uma complicação de números, mas sim como um conjunto de métodos usados para obter, organizar e analisar informações numéricas.

Após a recolha dos dados, recorreu-se ao programa de análise estatística de dados SPSS de modo a proceder-se ao tratamento da informação obtida. Realizamos uma análise de dados por meio de medidas descritivas simples, as frequências e as percentagens, medidas de tendência central, as médias e medidas de dispersão, o desvio padrão. Recorremos a testes não paramétricos, como os testes de Mann-Whitney.

Para a determinação do nível de consistência interna do constructo utilizou-se o Alfa de Cronbach. O nível de significância empregue, na generalidade do estudo, para a interpretação dos testes estatísticos foi de $\alpha=0,05$, com um intervalo de confiança de 95%.

3.5.1 Consistência interna do instrumento

A consistência interna do instrumento foi calculada, na análise estatística, através do coeficiente Alfa de Cronbach. Este método serve para calcular o grau de homogeneidade ou semelhança dos diversos itens ou questões de uma mesma escala (Pestana e Gageiro, 2014).

O valor do coeficiente Alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1,0 (Hair et al., 2010). Uma consistência interna adequada, considerada aceitável, situa-se com valores superiores a 0,70, pois este valor indica que as questões são semelhantes ou homogêneas sem serem redundantes (Hill e Hill, 2005).

Conforme a análise da Tabela 2.1, verificamos que o α de Cronbach apresenta um valor entre 0.85 e 0.92, que, conforme os critérios acima citados, é considerado válido, sendo o questionário fiável, onde as escalas em estudo apresentam consistência interna.

Tabela 2.1 - Resultado obtido do teste α de Cronbach para avaliar o nível de confiabilidade das dimensões estudadas.

Dimensões avaliadas	α de Cronbach
Avaliação das perspetivas face à qualidade em saúde	.903
Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade global	.854
Grau de satisfação profissional	.917

De forma a avaliar, de forma mais precisa, a confiabilidade do questionário, procedeu-se à análise de cada escala, analisando o impacto, positivo ou negativo, caso cada item fosse retirado (vide Apêndice I).

Na dimensão da expectativa face à qualidade em saúde no consultório, verificou-se que o Alfa varia entre máximo de 0,906 e mínimo de 0,892, logo, optou-se por manter a integridade da escala uma vez não apresenta valores discrepantes (vide Apêndice I).

Analisando a dimensão do grau de conhecimento relativo aos indicadores da qualidade, verificou-se que os valores variam entre 0,860 e 0,83. Considerando os valores, optou-se, uma vez mais, manter a integridade da escala por não apresentar valores discrepantes (vide Apêndice I).

O mesmo sucedeu-se no quesito da satisfação profissional, no qual os valores do Alfa variaram entre 0.933 e 0.909, valores que atestam a consistência interna da escala (vide Apêndice I).

3.6 Principais hipóteses

“Uma hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin, 1999). No decorrer do estudo, surgiram as seguintes hipóteses, as quais pretende-se verificar a sua aplicabilidade através da evidência fornecida:

Hipótese 1. Os participantes do género feminino elaboram uma melhor perspetiva, apresentam maior grau de conhecimento dos indicadores e demonstram uma maior satisfação profissional comparativamente com os participantes do sexo masculino.

Hipótese 2. Os participantes com idades superiores a 40 anos elaboram perspetivas mais elevadas, apresentam um maior grau de conhecimento dos indicadores e demonstram uma maior satisfação profissional comparativamente com os participantes até 40 anos.

3.7 Questões éticas e de confidencialidade

Por se tratar de um processo que envolve pessoas, há que se ter em conta certas questões éticas. Levando este princípio em consideração, foi efetuado, a 15 de Maio de 2021, um pedido de autorização à Comissão de Ética do Consultório Peandra, cuja autorização da mesma encontra-se disponível no **Anexo V**.

No que se refere à confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes salvaguarda-se que ao longo deste processo foram consultados apenas dados relativos aos profissionais para a verificação do cumprimento dos critérios de inclusão e de exclusão, através das plataformas informáticas do Consultório.

Assim, realizou-se uma consulta inicial apenas para sinalizar os possíveis participantes que cumpram os critérios de inclusão, sendo recolhidos os dados de caracterização após o consentimento livre e esclarecido dos participantes e diretamente com estes.

De forma a salvaguardar o anonimato dos participantes, a cada um foi atribuído um código de identificação, sendo que em nenhuma circunstância foi pedido que identifiquem os seus nomes e em momento algum da investigação foi e será revelada a correspondência entre a identificação do participante e o seu código. Salvaguardamos ainda, que após o tratamento estatístico dos dados, todos os registos anteriores foram destruídos para não haver possibilidade de acesso por pessoas não autorizadas ao estudo.

Por se tratar de um trabalho de investigação com a participação de seres humanos cumprem-se os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia (Declaração de Helsínquia, 2013). Ressalva-se ainda que será tido em conta o cumprimento dos seguintes princípios éticos:

- Princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não serão prejudicados com a investigação;
- Princípio da autonomia, o consentimento livre e esclarecido, sendo que os participantes participarão voluntariamente e serão informados antes do seu consentimento, podendo estes alterar ou desistir do seu consentimento em qualquer momento do estudo sem prejuízo dos seus direitos;
- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Capítulo III: Apresentação e discussão dos resultados

De acordo a Fortin (2003), “apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas”. A etapa da análise, apresentação e discussão dos dados é das mais pertinentes e substanciais, onde são exibidos os resultados que foram sendo coletados no decorrer do estudo de investigação consoante os seus objetivos e questões de investigação. Os resultados em causa advêm de análises estatísticas executadas através dos dados retraídos por intermédio da aplicação de um instrumento para o levantamento dos mesmos, o Google Forms, uma ferramenta para a pesquisa e coleta de informações através de questionários e formulários de registos. Esta ferramenta foi aplicada a uma amostra de 32 profissionais do Consultório Pediátrico Peandra, em Luanda, Angola. Após a recolha dos dados procedeu-se à sua análise, onde se recorreu ao programa SPSS.

4. Caracterização sociodemográfica da amostra

Numa primeira instância, procedemos à análise descritiva da caracterização sociodemográfica dos profissionais, levando em consideração os padrões de diferenciação da amostra. Relativamente à distribuição etária dos participantes, verifica-se que a maioria dos profissionais, 13 dos 32 participantes, encontra-se entre os 31 e 40 anos, o que equivale a um peso amostral de 41%, 10 inquiridos, ou seja, 31%, têm mais que 40 anos. Os restantes 9 participantes, 28%, constituem a população mais jovem, entre os 20 e 30 anos, conforme é visível na Tabela 3.2.

O género feminino é o género predominante entre os elementos da amostra, representando cerca de dois terços do total da amostra, o correspondente a 21 profissionais, cerca de 66%, e os restantes 11 profissionais, o que se traduz em 34%, representam os participantes do sexo masculino (Tabela 3.2). No que tange as habilitações académicas, a grande maioria dos profissionais da Peandra é licenciada, traduzindo-se em 18 dos participantes, cerca de 57% e 8 dos mesmos concluíram uma pós-graduação, ou seja, 25% da amostra. No entanto, apenas 2 profissionais evidenciam o grau de mestre e 1 o de doutor, o equivalente a 6 e 3%, respetivamente (Tabela 3.2). Dos 32 profissionais inquiridos, a sua maioria, 15 participantes, o equivalente a 47% dos inquiridos ocupa o cargo de enfermeiro na Peandra, 31% o cargo de médico e os restantes 22%, a minoria, ocupa um cargo na área da administração (Tabela 3.2).

Tabela 5.2- Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo.

	n (N=32)	Percentagem (%)
Faixa etária		
20-30 anos	9	28
31- 40 anos	13	41
> 40 anos	10	31
Gênero		
Feminino	21	66
Masculino	11	34
Habilitações acadêmicas		
Licenciatura	18	57
Pós-Graduação	8	25
Mestrado	2	6
Doutoramento	1	3
Outro	3	9
Cargo		
Médico	10	31
Enfermeiro	15	47
Administrativo	7	22

O tempo de exercício profissional é uma análise que entendemos incluir, pois, pode ser vista como um elemento atenuante do conhecimento das variáveis em estudo. A análise em questão reflete o período de exercício profissional, bem como, a antiguidade profissional no consultório, representada por intervalos. Cerca de 44% dos inquiridos trabalham no ramo da saúde há mais de uma década. Contrastando com a minoria, 9% da população, que possui apenas entre 1 e 3 anos de experiência profissional (Tabela 3.3).

A antiguidade dos profissionais, tanto no Grupo Peandra como no consultório em causa, é uma variável que valia ser considerada e avaliada. Constatamos haver dois grupos de 12 participantes, o equivalente a 38% dos profissionais, que desempenham funções no Grupo Peandra entre 1 e 3 anos e 4 e 7 anos (Tabela 3.3).

Na sequência da análise anterior, constatamos que um número significativo de participantes, 13 dos inquiridos, desenvolve a sua atividade profissional no consultório em causa entre 1 e 3 anos, o equivalente a 41% do peso amostral. Apenas 2 dos 32 profissionais, 6%, apresentam um vínculo profissional com o consultório com uma duração superior a 10 anos (Tabela 3.3).

Tabela 3.3 - Análise da antiguidade profissional da amostra em estudo.

	n (N=32)	Percentagem (%)
Tempo de exercício profissional		
1- 3 anos	3	9
4- 7 anos	8	25
8 - 10 anos	7	22
> 10 anos	14	44
Tempo de exercício profissional no Grupo Peandra		
1- 3 anos	12	38
4- 7 anos	12	38
8 - 10 anos	6	18
> 10 anos	2	6
Tempo de exercício profissional no Consultório		
1- 3 anos	13	41
4- 7 anos	12	38
8 - 10 anos	5	15
> 10 anos	2	6

5. Médias e valores de dispersão das variáveis estudadas

Na análise da Tabela 3.4, podemos verificar que a avaliação das perspetivas dos profissionais face à qualidade do serviço apresenta valores médios de 82.84, com desvio padrão de 9.31, oscilando entre o máximo de 105 pontos e um mínimo de 62.

No que concerne ao grau de conhecimento dos indicadores da qualidade, este apresenta uma média de 13.00 e um desvio padrão de 4.76, entre o mínimo de 3.00 e um máximo de 20.00 (Tabela 3.4). A satisfação profissional exhibe uma média de 95.24 pontos e um desvio padrão de 10.26. Estes valores demonstram haver uma dispersão elevada, ou por outra, existe um número significativo de participantes nos extremos e poucos na média da curva normal, apontando assim que a variável em causa não segue uma distribuição normal (Tabela 3.4).

Tabela 3.4 - Dados estatísticos, médias e dispersão das dimensões estudadas.

Dimensões avaliadas	Desvio			
	Médi a	padrão	Mínimo	Máximo
Avaliação das perspetivas face à qualidade em saúde	82.84	9.31	62.00	105.00
Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade global	13.00	4.76	3.00	20.00
Grau de satisfação profissional	95.94	10.26	72.00	115.00

Por consequência, tanto pela dimensão reduzida da amostra como pelos resultados obtidos acima descritos, iremos recorrer aos testes não paramétricos. Marôco defende que deve-se aplicar testes não paramétricos “quando não é possível validar as condições de aplicação dos testes paramétricos ou quando as variáveis não são quantitativas” (Marôco, 2009). O estudo de Zimmerman aponta que alguns dos testes não paramétricos, como Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, “são tão sensíveis quanto os paramétricos à violação de algumas condições” (Zimmerman, 2000).

6. Descrição dos resultados das hipóteses formuladas

6.1 Diferenças de médias das dimensões avaliadas segundo o género

Para averiguar se as diferenças entre as médias dos dois géneros são significativas, utilizamos o teste U de Mann-Whitney como metodologia de análise estatística. Portanto, para testar a hipótese de que os participantes do género feminino da Peandra elaboram perspetivas mais elevadas, maior grau de conhecimento no que diz respeito aos indicadores da qualidade dos serviços pediátricos e maior satisfação profissional comparativamente aos participantes do sexo masculino, calculamos a diferença de médias das variáveis em questão.

Hipótese 1. Os participantes do género feminino elaboram uma melhor perspetiva, apresentam maior grau de conhecimento dos indicadores e demonstram uma maior satisfação profissional comparativamente com os participantes do sexo masculino.

Relativamente à análise da tabela abaixo (Tabela 3.5), verificamos que a hipótese se confirma parcialmente, existindo diferenças com significância estatística na dimensão do grau de conhecimento dos indicadores, com $U = 62.00$ e um nível de significância $p = .034$, onde as médias apresentaram-se significativamente mais elevadas no género feminino, quando comparadas ao género oposto. No que diz respeito as outras duas dimensões, ambas mostraram-se bastante equiparadas, possuindo as mulheres uma média ligeiramente superior quanto ao grau de satisfação profissional.

Tabela 3.5 - Resultado obtido do teste de Mann-Whitney entre o género e as variáveis de avaliação das perspetivas, grau do conhecimento e grau de satisfação profissional.

Dimensões avaliadas	U	p
Avaliação das perspetivas face à qualidade em saúde	112.00	.969
Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade global	62.00	.034
Grau de satisfação profissional	119.00	.907

6.2 Diferenças de médias das dimensões avaliadas segundo a idade

Para determinar se a diferença entre as médias dos dois grupos de diferentes faixas etárias é significativa, no quesito da avaliação das perspetivas, no grau de conhecimento dos indicadores e na satisfação profissional, recorreremos novamente ao cálculo da diferença das médias pelo teste de U de Mann-Whitney. Para tal, a variável faixa etária foi dicotomizada, ou seja, foi considerado um grupo com idades compreendidas entre os 20 e 40 anos e outro grupo onde se inseriu os participantes com idades superiores a 40 anos.

Hipótese 2. Os participantes com idades superiores 40 anos elaboram perspetivas mais elevadas, apresentam um maior grau de conhecimento dos indicadores e demonstram uma maior satisfação profissional comparativamente com os participantes até 40 anos.

Após a observação da tabela abaixo (Tabela 3.6), pode se verificar que a hipótese se confirma parcialmente, dado que a dimensão grau de conhecimento dos indicadores apresenta diferenças com significância estatística, com $U=54.50$ e um nível de significância de $.022$. Constatou-se que as médias são significativamente mais elevadas nos participantes com idade superior a 40 anos. Os profissionais com idade superior a 40 anos também demonstraram um grau de satisfação profissional mais elevado quando comparado ao outro grupo. A perspetiva face à qualidade em saúde é similar em ambos os grupos.

Tabela 3.6 – Resultado obtido do teste de Mann-Whitney entre a idade e as variáveis de avaliação das perspetivas, grau dos conhecimentos e satisfação profissional.

Dimensões avaliadas	U	p
Avaliação das perspetivas face à qualidade em saúde	109.50	.984
Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade global	54.50	.022
Grau de satisfação profissional	96.50	.589

7. Caracterização da opinião dos profissionais

Atendendo aos objetivos acima definidos, mais especificamente, analisar a perspetiva dos profissionais face à qualidade em saúde no consultório, averiguar o conhecimento relativo aos indicadores da qualidade na pediatria e por fim avaliar o grau de satisfação profissional no contexto da cultura organizacional, procedeu-se a caracterização da opinião dos profissionais em estudo (enfermeiros, médicos e administrativos), no consultório Peandra.

7.1 Perspetiva face à qualidade em saúde no consultório

Maioritariamente, os profissionais inquiridos do consultório Peandra defendem a presença de uma política de qualidade em saúde, assim como, a existência de objetivos da qualidade e a partilha de um propósito comum com a finalidade de diminuir a mortalidade e as complicações em crianças. A análise feita pelos participantes em relação a estes parâmetros do estudo demonstrou-se bastante positiva, tendo 31, 29 e 29 dos participantes, ou seja, 97%, 91% e 91% da amostra, respetivamente, optado pela resposta “Concordo” e “Concordo Plenamente”.

A generalidade dos participantes, 28 profissionais, o que se traduz em 88%, demonstra concordar, de igual modo, quanto a inclusão da qualidade e da segurança do paciente nos principais objetivos ou pilares de desempenho do consultório (dados disponíveis na Tabela 3.7).

Em contrapartida, os pontos de vista relacionados à qualidade revelaram-se menos positivos. Uma porção significativa dos profissionais manifesta uma opinião neutra ou discorda em relação à existência de um manual da qualidade (13 participantes, 41%), a existência de formação em qualidade para os profissionais (11 participantes, 34%), a regulamentação regular da qualidade dos serviços (8 participantes, 25%), a existência de um sistema de gestão da qualidade e a divulgação dos objetivos da qualidade dentro da instituição (7 participantes, 22%, para ambos), conforme podemos analisar na Tabela 3.7. Alguns dos parâmetros que igualmente obtiveram uma pontuação mais neutra por parte da população em causa foram a avaliação do nível de satisfação dos doentes ou daqueles que por eles respondem (9 participantes, 28%) e a avaliação do nível de satisfação dos profissionais de saúde (7 participantes, 22%) (dados disponíveis na Tabela 3.7).

Tabela 3.7- Perspetiva face à qualidade em saúde dos profissionais do consultório Peandra.

Perspetiva face à qualidade em saúde no consultório Peandra	Concordo/ Concordo Totalmente	%	Discordo/ Discordo Totalmente	%	Não Concordo/ Nem Discordo	%
Está definida uma política de qualidade em Saúde	31	97	1	3	0	0
Existem objetivos da qualidade	29	91	1	3	2	6
Temos um propósito comum para diminuir a mortalidade e reduzir as complicações em crianças	29	91	0	0	3	9
A qualidade e a segurança do paciente estão incluídas nos principais objetivos ou pilares de desempenho do Consultório	28	88	1	3	3	9
Conheço a política da qualidade do Consultório	27	84	0	0	5	16
Temos uma comunicação aberta entre provedores, funcionários, pacientes e cuidadores sobre o nosso trabalho nos Indicadores de Qualidade Pediátrica	27	84	0	0	5	16
A liderança responde ativamente quando identificamos problemas relacionados ao Indicadores da Qualidade Pediátrica	27	84	2	6	3	9
Revisamos e analisamos os eventos cotidianos relacionados aos Indicadores da Qualidade Pediátrica para identificar as áreas onde são necessárias melhorias	27	84	0	0	5	16
Realizamos iniciativas de melhoria da qualidade para abordar o desempenho em um ou mais Indicadores da Qualidade Pediátrica	27	84	0	0	5	16
Conheço os objetivos para a qualidade do serviço	27	85	2	6	3	9
O conselho administrativo está ativamente envolvido na revisão do desempenho do Consultório nas medidas de qualidade e segurança do paciente	26	81	0	0	6	19
Incluímos um ou mais dos indicadores da qualidade pediátrica no conjunto existente de medidas de desempenho de qualidade e segurança	26	81	3	9	3	9
Existe um sistema de gestão da qualidade	25	78	1	3	6	19
Os objetivos da qualidade são divulgados dentro da instituição	25	78	2	6	5	16
É avaliado o nível de satisfação dos profissionais de saúde	25	78	4	13	3	9
A qualidade dos serviços é avaliada regularmente	24	75	0	0	8	25
É avaliado o nível de satisfação dos doentes ou daqueles que por eles respondem	23	72	3	9	6	19
Documentamos os padrões de segurança relacionados aos indicadores de qualidade pediátrica nos protocolos e diretrizes	22	69	4	13	6	19
Existe formação em qualidade para os profissionais	21	66	3	9	8	25
Existe um manual da qualidade	19	59	3	9	10	32
O manual da qualidade é divulgado dentro da instituição	18	56	5	16	9	28

7.2 Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade

Os indicadores da qualidade sobre os quais os profissionais inquiridos demonstram possuir mais conhecimento são a satisfação dos enfermeiros, onde obtivemos 30 respostas positivas relativas ao mesmo, e o tempo médio de permanência na consulta, com, igualmente, 30 retornos positivos, o equivalente a 94%, como podemos constatar na Tabela 3.8.

Por outro lado, verificamos 3 indicadores com um grau de conhecimento alarmante. Metade dos participantes, 16, ou seja 50%, demonstrou não conhecer o indicador da taxa de complicações por diabetes, 15, ou seja, 47%, desconheciam a taxa de admissões por infeção do trato urinário e 13, 41%, nunca ouviram falar acerca da taxa de admissões por gastroenterite (Tabela 3.8).

Tendo em conta estes resultados, percebe-se a necessidade de se reestruturar a política de qualidade do consultório.

Tabela 3.8- Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos por parte dos profissionais.

Quais os Indicadores da Qualidade dos Cuidados de Pediatria que conhece?	Sim	%	Não	%
Satisfação dos enfermeiros	30	94	2	6
Tempo médio de permanência na consulta	30	94	2	6
Percentagem de reclamações	22	69	10	31
Intervalo de substituição entre consultas	22	69	10	31
Taxa de admissões por asma	21	66	11	34
Taxa de admissões por reações medicamentosas	20	63	12	38
Taxa de admissões por reações vacinais	20	63	12	38
Taxa de admissões por gastroenterite	19	59	13	41
Taxa de admissões por infeção do trato urinário	17	53	15	47
Taxa de admissões por complicações por diabetes	16	50	16	50

Importa referir que, numa primeira instância, avaliou-se o conhecimento no âmbito geral de dez indicadores da qualidade pediátricos, por parte dos profissionais. Contudo, posteriormente, os participantes foram questionados sobre qual das dez métricas da qualidade são de fato avaliadas no consultório. Estabeleceu-se este critério, pois não basta termos informações relativas ao conhecimento do indicador, é, de igual modo, importante perceber se estes profissionais realmente conhecem e entendem quais indicadores da qualidade se inserem nas políticas de qualidade do consultório.

Interessa realçar que o fato do profissional ter conhecimento de que na Peandra trabalha-se com certo indicador da qualidade, não implica que o mesmo tenha um real e profundo conhecimento sobre o mesmo. Os indicadores da qualidade dos serviços pediátricos empregues no consultório Peandra são:

- Satisfação dos enfermeiros;
- Percentagem de reclamações;
- Taxa de admissões por asma;
- Intervalo de substituição entre consultas;
- Tempo médio de permanência na consulta;
- Taxa de admissões por reações vacinais.

Apesar de se constatar um conhecimento razoável dos indicadores da qualidade, os resultados da avaliação demonstram que os profissionais não estão totalmente alinhados a política do consultório. Verificou-se um conhecimento bastante significativo, de três dos seis indicadores empregues no consultório, conforme podemos constatar nos itens a negrito na Tabela 3.9.

Dos 32 inquiridos, 29, o equivalente a 91%, tem noção que o indicador da satisfação dos enfermeiros faz parte da política de qualidade da Peandra, 24 profissionais, 75%, tem conhecimento que o indicador da taxa de admissões por asma é empregue no consultório e, por fim, 23 participantes, 72%, revelaram, de igual modo, ter domínio acerca do manuseamento do indicador do tempo médio de permanência na consulta por parte da Peandra (Tabela 3.9).

Uma dimensão considerável da amostra do estudo demonstra não ter conhecimento em relação a certos indicadores empregues no consultório Peandra. Indicadores como a percentagem de reclamações (13 participantes, 41%), o intervalo de substituição entre consultas (12 participantes, 38%) e a taxa de admissões por reações vacinais (12 participantes, 38%) revelaram um desconhecimento relativo ao seu emprego nas práticas do consultório. Seria de se esperar um domínio maior por parte dos profissionais no que se trata a indicadores que, por norma, deveriam ser implementados diariamente (Tabela 3.9).

Dos indicadores da qualidade não contemplados na prática do consultório, a taxa de admissões por reações medicamentosas (20 participantes, 63%) e a taxa de admissões por gastroenterite (16 participantes, 50%) foram significativamente apontados pelos profissionais como elementos constituintes da lista de indicadores empregues na Peandra, o que demonstra um desalinhamento dos profissionais em relação à política da qualidade do consultório (Tabela 3.9).

Tabela 3.9 - Grau de conhecimento dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos empregues na Peandra por parte dos profissionais.

Quais os Indicadores da Qualidade dos Cuidados de Pediatria da PEANDRA conhece?	Sim	%	Não	%
Satisfação dos enfermeiros	29	91	3	9
Taxa de admissões por asma	24	75	8	25
Tempo médio de permanência na consulta	23	72	9	28
Intervalo de substituição entre consultas	20	63	12	38
Taxa de admissões por reações medicamentosas	20	63	12	38
Taxa de admissões por reações vacinais	20	63	12	38
Percentagem de reclamações	19	59	13	41
Taxa de admissões por gastroenterite	16	50	16	50
Taxa de admissões por complicações por diabetes	14	44	18	56
Taxa de admissões por infeção do trato urinário	14	44	18	56

Dentre os grupos profissionais avaliados no estudo, que exercem funções na Peandra, os enfermeiros são os que dispõem de um maior grau de conhecimento relativamente aos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos empregues no consultório, sendo estes a satisfação dos enfermeiros, no qual 14 enfermeiros estão cientes da sua aplicação, o intervalo de substituição entre consultas, 10 enfermeiros, o tempo médio de permanência na consulta, 12 enfermeiros, a taxa de admissões por reações vacinais, 9 enfermeiros e a taxa de admissões por asma, 13 enfermeiros. O único indicador no qual os médicos possuem maior noção da sua aplicação em relação aos demais cargos é a percentagem de reclamações (8 médicos) (vide Tabela 3.10). No que se refere ao tempo de exercício profissional dos inquiridos, os mais experientes, ou seja, aqueles dispõem de mais de 10 anos de carreira, demonstram possuir mais conhecimento dos indicadores da qualidade aplicados na Peandra (vide Tabela 3.10).

Tabela 3.10 - Frequência dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos avaliados na Peandra, segundo o tempo de exercício profissional e o cargo ocupado.

Quais os Indicadores da Qualidade dos Cuidados de Pediatria que são avaliados na Peandra?		Tempo de exercício profissional				Cargo que ocupa			Total
		1-3 anos	4-7 anos	8-10 anos	>10 anos	Adminis- trativo	Enfermeiro	Médico	
Satisfação dos enfermeiros	SIM	2	7	7	13	6	14	9	29
	NÃO	1	1	0	1	1	1	1	3
Percentagem de reclamações	SIM	1	4	5	9	5	6	8	19
	NÃO	2	4	2	5	2	9	2	13
Intervalo de substituição entre consultas	SIM	2	4	5	9	5	10	5	20
	NÃO	1	4	2	5	2	5	5	12
Tempo médio de permanência na consulta	SIM	2	6	4	11	6	12	5	23
	NÃO	1	2	3	3	1	3	5	9
Taxa de admissões por reações medicamentosas	SIM	2	3	5	10	5	10	5	20
	NÃO	2	5	2	4	2	5	5	12
Taxa de admissões por complicações por diabetes	SIM	1	2	3	8	4	6	4	14
	NÃO	2	6	4	6	3	9	6	18
Taxa de admissões por gastroenterite	SIM	3	2	3	8	3	10	3	16
	NÃO	0	6	4	6	4	5	7	16
Taxa de admissões por infeção do trato urinário	SIM	1	3	2	8	4	6	4	14
	NÃO	2	5	5	6	3	9	6	18
Taxa de admissões por reações vacinais	SIM	2	3	5	10	5	9	6	20
	NÃO	1	5	2	4	2	6	4	12
Taxa de admissões por asma	SIM	3	4	5	12	5	13	6	24
	NÃO	0	4	2	2	2	2	4	8

7.3 Grau de satisfação profissional

Após a observação dos dados resultados do nosso inquérito, podemos apurar até que ponto os participantes se encontram satisfeitos profissionalmente, o que acreditamos ser um fator norteador na qualidade do consultório, pois, segundo a OMS, importa avaliar como os profissionais de saúde estão envolvidos e se necessário, estruturar mudanças, elemento essencial para a melhoria da qualidade (OMS, 2006).

Os profissionais inquiridos manifestaram opiniões positivas na generalidade as dimensões avaliadas. Como parâmetros que apresentaram um grau de satisfação mais elevado, onde 31 participantes, 97% da amostra, revelaram estar “Satisfeitos” e “Muito Satisfeitos”, pode-se citar a satisfação com a equipa médica, a cooperação entre os profissionais, a prestação de cuidados de saúde com qualidade. Os profissionais demonstram ter orgulho na função que desempenham e os seus valores encontram-se em consonância aos do consultório (vide Tabela 3.11).

Dos 32 participantes do estudo em questão, 30 profissionais, o correspondente a 94%, demonstram-se satisfeitos ou muito satisfeitos relativamente a equipa de enfermagem do consultório, ao rácio de doentes por enfermeiro, acreditando ser adequado para garantir a prestação de cuidados de saúde com qualidade e apresentam-se entusiasmados com o seu trabalho (vide Tabela 3.11). Outro aspeto que se demonstrou positivo foi a existência de definição de responsabilidades entre os profissionais, a definição das linhas de orientação e a organização geral do serviço. Quando ao trabalho em equipa, os profissionais apresentam, de igual modo, um nível de satisfação profissional bastante elevado no que concerne a estabilidade da equipa, a disponibilidade da chefia sempre que solicitada e a equipa de liderança do consultório, evidenciando assim um ambiente de trabalho harmonioso e saudável entre os profissionais, assim como, um bom espírito de equipa. Os parâmetros acima citados apresentam um grau de satisfação de 91%, tendo 29 dos participantes optado pelas respostas “Satisfeito” e “Muito Satisfeito” (vide Tabela 3.11).

Por outro lado, os profissionais inquiridos, evidenciam não serem reconhecidos pelos órgãos de gestão (5 participantes, 15%) e que o seu salário não é justo pelo trabalho que desempenham (6 participantes, 18%) (vide Tabela 3.11). De igual modo, 8 participantes, 25%, apresentam uma opinião neutra relativamente a existência de liberdade de tomada de decisões.

Quando questionados acerca da existência de oportunidade de formação contínua e do desenvolvimento profissional na carreira as respostas não foram tão positivas, 13 dos inquiridos, 41%, optaram pelas respostas “Muito Insatisfeito”, “Insatisfeito” ou “Neutro” (vide Tabela 3.11).

Por último, a grande maioria dos profissionais, 88%, discordam quando perguntados se estão a ficar menos interessados desde que começaram a trabalhar, um aspeto bastante positivo e satisfatório que se deve ter em conta (vide Tabela 3.11).

Tabela 3.11 - Grau de satisfação profissional no consultório Peandra.

Grau de satisfação profissional	Satisfeito/ Muito Satisfeito	%	Insatisfeito/ Muito Insatisfeito	%	Neutro	%
Equipa de médicos do Consultório	31	97	0	0	1	3
Cooperação e colaboração entre os profissionais	31	97	0	0	1	3
Prestação de cuidados de saúde com qualidade.	31	97	0	0	1	3
Os meus valores vão de encontro aos da instituição	31	97	0	0	1	3
Tenho orgulho na profissão que desempenho	31	97	1	3	0	0
Equipa de enfermagem do Consultório	30	94	0	0	2	6
Número de doentes por enfermeiro (rácio) é a adequado para garantir a qualidade da prestação de cuidados	30	94	1	3	1	3
Sinto-me entusiasmado com o meu trabalho	30	94	1	3	1	3
Existe definição de competências e responsabilidades entre os diferentes profissionais	29	91	1	3	2	6
Organização geral do serviço	29	91	1	3	2	6
Linhas de orientação/protocolo	29	91	2	6	1	3
Estabilidade da equipa	29	91	0	0	3	9
Equipa de liderança do Consultório	29	91	0	0	3	9
Existe disponibilidade da chefia sempre que solicitado	29	91	0	0	3	9
A disponibilidade de meios/equipamentos/espaco físico é adequado à realização da prestação de cuidados	28	88	1	3	3	9
Como considero o ambiente organizacional	28	88	2	6	2	6
Sinto que o meu trabalho é reconhecido	28	88	2	6	2	6
Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar nesta Instituição	28	88	0	0	4	12
Sou reconhecido pelos órgãos de gestão	27	84	1	3	4	12
Sinto que o que recebo é justo pelo trabalho que desempenho	26	81	2	6	4	12
Existe liberdade de tomada de decisão	24	75	0	0	8	25
Existe oportunidade de formação contínua	19	59	3	9	10	32
Existe oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira	19	59	1	3	12	38

Com o objetivo de analisar quais profissionais demonstram opiniões neutras ou insatisfatórias e suas características, procedeu-se a caracterização dos grupos nos quais estes se inserem, quanto ao cargo ocupado, a faixa etária, ao género e as habilitações académicas, disponível no **Anexo VI**.

Constatamos que, dentre os três cargos avaliados, os médicos são os que possuem o menor grau de satisfação. Quanto a existência de liberdade de tomada de decisão e a disponibilidade adequada de meios/equipamentos/espço físico à realização da prestação de cuidados 3 médicos optaram pelo grau de satisfação neutro para ambos aspetos. Quanto a definição de competências e responsabilidades entre os diferentes profissionais 2 médicos expressam descontentamento, tendo um optado pela resposta “Neutro” e outro “Insatisfeito”, de igual modo, relativamente a disponibilidade da chefia sempre que solicitado e ao reconhecimento pelos órgãos de gestão 2 médicos optaram pela resposta “Neutro” em ambas as questões. Em relação à oportunidade de formação contínua 4 médicos demonstram-se neutros e a oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira 6 médicos.

No que diz respeito a idade, averiguamos que os profissionais com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos apresentam-se menos satisfeitos. Quanto a disponibilidade adequada de meios/equipamentos/espço físico, a organização geral do serviço, as linhas de orientação/protocolo e ao salário recebido cada 2 inquiridos com idades entre os 31 e os 40 anos optou pelo grau de satisfação “Neutro”. No que concerne ao reconhecimento pelos órgãos de gestão 3 indivíduos pertencentes a este grupo etário demonstram-se neutros. No que se refere a liberdade de tomada de decisão, a oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento profissional na carreira notou-se um elevado número de repostas neutras quanto a satisfação, onde 5, 6 e 7 profissionais, respetivamente, optaram pela opção “Neutro”.

Quando comparado entre os géneros, notamos, como referido acima, uma ligeira diferença entre os homens e as mulheres, sendo que o género masculino se apresenta mais neutro quanto ao grau de satisfação profissional. Os aspetos que se destacam são a liberdade de tomada de decisão (6 participantes), as linhas de orientação/protocolo (3 participantes), a oportunidade de formação contínua e de desenvolvimento profissional na carreira (7 participantes), bem como o ambiente organizacional, o reconhecimento pelos órgãos de gestão, o salário e a disponibilidade adequada de meios/equipamentos/espço físico (2 participantes).

No que tange as habilitações académicas, os licenciados são o grupo que apresenta menores níveis de satisfação profissional. Demonstram-se neutros quanto a liberdade de tomada de decisão (3 participantes), a estabilidade da equipa (3 participantes), a equipa de liderança (2 participantes), a oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira (5 participantes) e ao salário (2 participantes).

As opiniões mais negativas por parte dos profissionais relevaram-se relativamente a oportunidade de formação contínua, onde 5 inquiridos optaram pela resposta “Neutro” e 2 pela “Insatisfeito” e ao ambiente organizacional, 2 dos quais optaram pela “Insatisfeito”.

8. Discussão dos resultados

Fortin et al., (2009) refere que “a interpretação dos resultados pressupõe que todos os aspetos da investigação sejam ponderados, de forma a tirar conclusões e implicações que deles sucedem”. Neste estágio, pretende-se analisar e discutir os resultados, seguindo a ordem pela qual apresentaram-se os resultados, refletir sobre as hipóteses formuladas, sobre as variáveis estudadas e as suas relações, conforme a fundamentação teórica e os resultados da análise estatística, tanto a descritiva como a inferencial.

Recorreu-se ao teste α de Cronbach onde se verificou um coeficiente de alfa entre 0.85 e 0.92. Os valores obtidos são considerados válidos e aceitáveis, tornando assim o questionário do estudo em causa fiável, o que significa dizer que as escalas apresentam consistência interna.

No decorrer da investigação, levantou-se 2 hipóteses para o estudo, tendo a primeira debruçando-se na relação (associação) entre o género, a perspetiva face à qualidade em saúde, o grau de conhecimento e o grau de satisfação. Mediante os resultados dos dados obtidos no estudo, constatamos que o género feminino apresenta maior grau de conhecimento relativamente aos indicadores da qualidade. Este parâmetro revela que as mulheres aparentam dispor de um grau de literacia e sensibilidade para os referidos indicadores superior, em relação aos homens. Esta conclusão não vai ao encontro as conclusões de estudos revistos relativamente à associação entre o nível de literacia e o sexo, nos quais indicam que o género feminino apresenta valores inferiores em literacia em saúde (Cunha, et al. 2014; Serrão, 2014; Serrão et al. 2015; Veiga e Serrão, 2016).

No que diz respeito as outras duas dimensões, a perspetiva face à qualidade e o grau de satisfação, constatamos que ambas se revelaram bastante equiparadas, contudo, o género feminino apresenta um maior grau de satisfação profissional, apesar desta diferença ser ligeira.

Os resultados obtidos não vão totalmente de encontro aos obtidos em certos estudos da literatura existente. Os estudos de Moura (2012), Valente (2013) e Lima Melo (2003) referem que os indivíduos do género masculino revelam uma maior satisfação profissional, porém, as variações entre os géneros são pouco significativas.

Todavia, alguns estudos concluem que as mulheres apresentam um maior grau de satisfação em relação ao seu trabalho que os homens, conforme resultado o obtido no estudo (Carrillo-Garcia et al., 2013; Clark, 1997; Perez-Ciordia et al., 2013).

A segunda hipótese do estudo ponderou uma possível associação entre a idade, o grau de conhecimento e a satisfação profissional. Após esta análise, concluímos que os participantes da investigação com idade superior a 40 anos apresentam um maior conhecimento dos indicadores da qualidade dos cuidados pediátricos. Seria de se esperar que se chegasse a esta conclusão, visto que, por norma, a idade é um indicador de experiência profissional, anos de carreira e, como resultado, de um maior conhecimento científico. De igual modo, revelou-se que os profissionais com idade superior a 40 anos também demonstram um maior grau de satisfação quando comparado aos restantes grupos de diferentes faixas etárias. Os estudos de Silva (2012) e Moura (2012) analisam esta associação, da idade e dos anos de serviço à satisfação profissional, e ambos concluem que, por norma, faixas etárias mais elevadas (com maior experiência) apresentam uma maior satisfação profissional quando comparadas a faixas etárias mais baixas. Os estudos de Coburn e Hall (2014) e Maia (2012) relacionam as diferenças etárias e a satisfação e evidenciam que profissionais mais velhos e mais experientes apresentam níveis superiores de satisfação profissional. Tal fenómeno vai de encontro aos resultados obtidos na investigação em causa.

Conforme Fernandes e Tareco (2016), os questionários de avaliação da qualidade demonstraram ser ferramentas para a avaliação dos cuidados de saúde. Numa segunda instância, o questionário aplicado no decorrer da investigação incidiu na caracterização da opinião dos inquiridos. Inicialmente analisou-se a perceção dos profissionais da Peandra face à qualidade em saúde. A predominante parte da amostra demonstra-se em concordância em relação à presença de uma política de qualidade em saúde, a existência de objetivos da qualidade, a partilha de um propósito, assim como, a inclusão da qualidade e da segurança do paciente nos principais objetivos ou pilares de desempenho do consultório.

As opiniões neutras são mais prevalentes em aspetos relacionados a existência de um sistema de gestão da qualidade, a divulgação dos objetivos da qualidade dentro da instituição, a regulamentação regular da qualidade dos serviços e a avaliação do nível de satisfação, tanto dos doentes ou daqueles que por eles respondem, como dos profissionais de saúde.

As opiniões mais divergentes recaem na existência de um manual da qualidade, na existência de formação em qualidade para os profissionais, na divulgação do manual da qualidade na instituição e na documentação dos padrões de segurança relacionados aos indicadores de qualidade pediátrica nos protocolos e diretrizes. Estes resultados indicam que as questões relacionadas a qualidade em saúde são uma problemática para o consultório. Esta analogia é agravante, pois a qualidade pode desempenhar um papel fundamental, podendo se dizer imprescindível, para evitar custos relacionados a má prestação de cuidados de saúde e consequentemente erros e danos aos doentes, bem como, para permitir um uso mais eficiente e racional dos recursos (Gascon et al., 2009; Carey e Stefos, 2011).

Outra componente do questionário incide no conhecimento dos indicadores da qualidade. O estudo de Fernandes e Tareco (2016) ressaltam ser por meio do desenvolvimento de indicadores baseados em evidências e da interpretação dos seus resultados a avaliação do alcance dos objetivos da instituição e do seu desempenho. Os mesmos defendem ser mediante à interpretação dos dados resultantes da implementação dos indicadores que os gestores obtêm informações relativas aos serviços e, se justificável, elaboram planos de ação de modo que seja possível o alcance da excelência (Fernandes e Tareco, 2016).

De forma geral, os profissionais da Peandra demonstram um conhecimento razoável acerca dos indicadores da qualidade. Os indicadores administrativos “Satisfação dos Enfermeiros”, “Tempo Médio de Permanência na Consulta” são os mais conhecidos entre os indicadores avaliados, demonstrando que a Peandra aparenta dar mais relevância a prática deste tipo de indicadores. Os indicadores clínicos “Taxa de Admissões por Gastroenterite”, “Taxa de Admissões por Infecção do Trato Urinário” e “Taxa de Admissões por Complicações por Diabetes” revelaram-se ser menos conhecidos por parte dos profissionais. Dentre os indicadores da qualidade empregues no consultório, as métricas com as quais os inquiridos demonstram ter mais domínio são “Satisfação dos Enfermeiros”, “Taxa de Admissões por Asma” e “Tempo Médio de Permanência na Consulta”.

Em relação ao grau de conhecimento dos indicadores, verificou-se diferenças significativas entre as respostas dos profissionais consoante o cargo ocupado e o tempo de exercício. Os enfermeiros exibem um maior número de respostas positivas relativamente aos indicadores manuseados no consultório, o que nos leva a concluir que os mesmos apresentam uma relação positiva quanto ao conhecimento dos indicadores avaliados na Peandra.

Esta conclusão vai de encontro a literatura encontrada, na qual se defende que os enfermeiros são dos grupos mais ativos nas instituições de saúde, sendo considerados os principais contribuintes para os sistemas da qualidade (Bowen e Lawler, 1992).

No que diz respeito aos anos de carreira, os indivíduos com tempo de exercício profissional superior a 10 anos dispõem de um maior conhecimento em relação aos demais. Este resultado está de acordo ao estudo de Benner (2001), que retrata a associação positiva entre o conhecimento e os anos de experiência na área de saúde.

Os indicadores avaliados na Peandra com os quais os inquiridos apresentam um menor grau de conhecimento são “Intervalo de Substituição entre Consultas”, “Taxa de Admissões por Reações Vacinais” e “Percentagem de Reclamações”.

Este resultado é alarmante visto que o conhecimento dos indicadores da qualidade implementados na instituição, por parte dos seus membros, acaba por influenciar a sua gestão, de um modo bastante significativo.

Por serem uma medida de melhoria, através da descrição da estrutura, dos processos e dos resultados dos cuidados da instituição, atuam como um ponto de partida para a melhoria da qualidade e influenciam desde as políticas de qualidade, as medidas de melhoria, a gestão de recursos, a maior reconhecimento do serviço e por fim a gestão de custos e a otimização dos planos orçamentais, visando o alcance da excelência na prestação dos cuidados de saúde (Ilffe et al., 2016; Fernandes e Tareco, 2016).

Estes resultados relevam-se contraditórios quando comparados as respostas obtidas na questão relativa à perspetiva face à qualidade em saúde no consultório. Entre 81% e 84% dos inquiridos optaram por respostas que indicam estar em concordância em relação a aspetos como “Revisamos e analisamos os eventos cotidianos relacionados aos Indicadores da Qualidade Pediátrica para identificar as áreas onde são necessárias melhorias”, “Realizamos iniciativas de melhoria da qualidade para abordar o desempenho em um ou mais Indicadores da Qualidade Pediátrica” e “Incluimos um ou mais dos indicadores da qualidade pediátrica no conjunto existente de medidas de desempenho de qualidade e segurança”. Consequentemente, levantam-se questões quanto a utilização dos indicadores no consultório, bem como a sua padronização e divulgação.

Por fim, o estudo debruçasse na satisfação profissional. A satisfação dos profissionais pode ser vista como um fator que contribui para a construção da cultura da qualidade numa instituição. O estudo de Luxford concluiu que o desenvolvimento e a manutenção da cultura da equipa e do ambiente organizacional são cruciais e imprescindíveis para a instituição (Luxford et al., 2011). Abraham estudou a relação de causalidade, onde a satisfação é preditora e impacta significativamente no envolvimento dos profissionais na organização (Abraham, 2002).

Constatamos que os índices de satisfação se evidenciavam superiores nos aspetos relacionados a equipa médica e de enfermagem, a cooperação entre os profissionais e a estabilidade das equipas. Nos estudos de Valente (2013) e Correia (2016) verifica-se o mesmo fenómeno, o grau de satisfação verifica-se superior nos aspetos relativos ao relacionamento entre colegas. Como referido no estudo elaborado por Ferres et al., é por meio de boas relações estabelecidas entre os profissionais que se gera um maior grau de satisfação e compromisso perante a organização (Ferres et al., 2004).

Podemos considerar que grande parte dos profissionais da Peandra demonstram entusiasmo com o seu trabalho, bem como orgulho na função que desempenham, o que é extremamente positivo, pois, segundo Greenfield et al. (2011), um ambiente saudável entre os profissionais resulta numa equipa motivada, aumenta a eficiência/eficácia da instituição, contribui para a otimização dos recursos e consequentemente uma redução dos custos e, por fim, uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde. Este resultado vai de encontro aos resultados encontrados no estudo de Luxford et al. (2011), onde os profissionais entusiasmados e motivados são mais propensos a níveis de stress mais reduzidos e uma maior satisfação.

Os resultados indicam que os profissionais estão satisfeitos em relação à prestação de cuidados de saúde com qualidade, acreditando que o rácio de doentes por enfermeiro é adequado para a garantia da mesma. De forma consonante, o estudo de Carvalho constata que a satisfação profissional é promovida através da disponibilidade de equipamento e da adequação do número de enfermeiros existentes face ao número de pacientes (Carvalho, 2014).

Outros aspetos avaliados positivamente relacionam-se a definição de responsabilidades entre os profissionais, de linhas de orientação, a organização geral do serviço, bem como a consonância de valores entre os profissionais e o consultório.

Em concordância com estes resultados, encontramos os estudos de Valente (2013) e Carvalho (2014), que concluem que aspetos como as políticas e procedimentos na organização, a responsabilidade e a comunicação e circulação da informação entre profissionais são aqueles nos quais a satisfação é verificada. Contudo, Rodrigues (2011) conclui que se registam insatisfatórios na dimensão das condições de trabalho e saúde.

Quanto ao papel da chefia, os profissionais apresentam-se satisfeitos perante a equipa de liderança e a disponibilidade destes sempre que solicitada. Este aspeto é bastante positivo e edificante, visto que a liderança é um dos pilares da melhoria da qualidade, está diretamente ligada a prestação de cuidados, concebe a cultura de qualidade na instituição e incute o espírito de equipa através da promoção do cumprimento dos objetivos e melhoria contínua (Dixon-Woods et al., 2012). De acordo a Mohammad (2005) o envolvimento da chefia é fundamental para o sucesso da implementação da qualidade na organização. Quando comparados os nossos resultados aos de estudos encontrados na literatura no quesito liderança, constatamos que Correia (2016) obteve resultados semelhantes, tendo este concluído que na dimensão relacionamento com a chefia os profissionais encontram-se mais satisfeitos, no entanto, Valente (2013) verificou que a insatisfação é notória no que toca a liderança da instituição.

Por outro lado, os níveis de insatisfação revelam-se nas dimensões do reconhecimento pelos órgãos de gestão, do salário, bem como da liberdade de tomada de decisões. Esta questão é preocupante, pois, conforme Greenfield et al. (2011), para que os profissionais se sintam satisfeitos é necessário que estes se sintam reconhecidos pela liderança, o que pode se traduzir muitas das vezes por incentivos monetários. Existem evidências que o reconhecimento dos profissionais aparenta melhorar o grau de satisfação e retenção dos mesmos (Luxford et al., 2011).

O estudo de Moura (2012) refere que profissionais satisfeitos quanto ao seu salário apresentam maior nível de satisfação. Em consonância apresentam-se os estudos de Carvalho (2014), Valente (2013), Rodrigues (2011) e Carvalho (2010), onde demonstram que os profissionais se encontram insatisfeitos relativamente a remuneração e ao nível de vida que o mesmo proporciona-lhes, ao reconhecimento e a liberdade e autonomia de que dispõem na instituição. Os profissionais demonstraram-se igualmente insatisfeitos em relação à existência de oportunidade de formação contínua e ao desenvolvimento profissional na carreira. Identificou-se o mesmo fenómeno nos estudos elaborados por Valente (2013) e Correia (2016). Os mesmos concluíram que o nível de insatisfação é superior nas instituições no que concerne a progressão de carreira.

Considerando que o nível de satisfação afeta a qualidade e a segurança dos serviços prestados, consideramos proveitoso e oportuno analisar o perfil dos profissionais que se demonstram insatisfeitos ou com níveis neutros de satisfação. Constatamos que a classe profissional médica do consultório Peandra demonstra uma maior insatisfação quando comparada aos demais grupos profissionais. Dado que os médicos desempenham um papel vital e ativo na instituição, contribuem para a implementação da qualidade no consultório e a prestação de serviços depende da sua contribuição, o fato destes sentirem-se insatisfeitos profissionalmente perante a instituição a qual respondem é alarmante e inquietante. Este resultado difere a conclusão que Paulo (2003) obteve no seu estudo Satisfação Profissional no Hospital Geral CHC, no qual os médicos foram apontados como os mais satisfeitos. Contudo os estudos de Moura (2012), Correia (2016) e Martin (2003) alinham-se aos resultados da presente investigação e concluem que os enfermeiros demonstram uma maior satisfação por comparação aos restantes grupos.

Por sua vez, os profissionais menos satisfeitos são aqueles que se encontram a meio do seu percurso profissional, com faixa etária compreendida entre os 31 e os 40 anos. Estes resultados foram confirmados no estudo de Moura (2012) acerca da satisfação dos profissionais, no qual o mesmo conclui que a satisfação está diretamente relacionada aos anos de serviço, ou seja, os profissionais com mais experiência apresentam uma maior satisfação.

A formação académica influencia, de igual modo, a satisfação profissional. No consultório Peandra observamos que os profissionais licenciados se apresentam mais insatisfeitos em relação aos demais com diferentes formações académicas.

O que vai de encontro a estudos encontrados na literatura, mais especificamente, aos estudos de Silva (2012) e Nunes (2017). Estes concluem que quanto maior o grau de escolaridade, maior é o grau de satisfação.

Quanto as diferenças entre os géneros, verificamos uma diferença bastante ligeira entre os níveis de satisfação dos diferentes géneros, sendo que os indivíduos do género masculino apresentam uma insatisfação ligeiramente maior que o género feminino. Os resultados coincidem com os resultados obtidos no estudo de Valente (2013), contudo divergem aos do estudo de Moura (2012), onde refere que o género masculino apresenta uma satisfação ligeiramente maior que o feminino.

Todavia, há que se considerar que mais de metade da amostra do estudo em causa é constituída por mulheres e o cargo predominante é o de enfermeiro. Seguindo a linha de raciocínio de Fisher (2011), a enfermagem é predominantemente vista como sinónimo de feminidade correspondendo a papéis culturalmente associados as mulheres, tendo em conta a natureza da profissão. Esta reflexão influencia na interpretação dos resultados obtidos na presente investigação, porém os não invalida.

9. Proposta de iniciativas para a melhoria face à situação atual do Consultório Peandra

Um dos objetivos do estudo em questão diz respeito a proposta de melhorias direcionadas ao estado do serviço. Por conseguinte, após uma reflexão dos resultados obtidos, tomamos a liberdade de elaborar certas sugestões que acreditamos serem do interesse do consultório. Julgamos ser necessário integrar a qualidade nos objetivos e nas prioridades do consultório de maneira com que a mesma se reflita nas estratégias elaboradas pela Peandra.

Segundo a OMS, uma tarefa desafiadora e bastante exigente é a seleção sensata e fundamentada de qual “intervenção” a ser empregue para a melhoria da qualidade, seja ao nível de um pequeno consultório, de uma grande instituição, de um sistema de saúde ou ao nível de um programa nacional (OMS, 2020). Esta dificuldade advém de vários fatores, o fato da evidência por de trás de uma intervenção de melhoria da qualidade, muitas das vezes, ser difícil de ser interpretada, quanto à sua eficácia e o seu impacto, bem como as partes supostamente “interessadas” opõem-se a determinadas ações que seriam necessárias para a sua implementação, as instituições nem sempre têm recursos disponíveis, entre outros fatores (OMS, 2020).

A Agência para a Investigação e Qualidade nos Cuidados de Saúde defende que “uma intervenção para a melhoria da qualidade é um processo de mudança nos sistemas, serviços ou prestadores de cuidados de saúde, com a finalidade de aumentar a probabilidade de uma qualidade clínica de cuidados avaliada por resultados positivos na saúde dos indivíduos e das populações” (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010).

A lista de possíveis intervenções para a qualidade é imensa, pelo que selecionamos exclusivamente intervenções cuja quais acreditamos que poderiam ser facilmente aplicadas, acrescentariam valor ao consultório Peandra e que, se aplicadas de forma não isolada, exerceriam um impacto positivo e considerável (Figura 5.3).

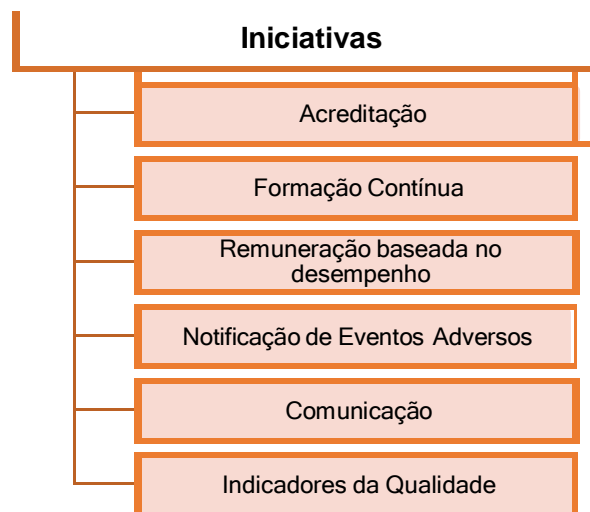


Figura 3.3- Iniciativas para a melhoria da qualidade no consultório Peandra

Fonte: Elaborado pela autora

A acreditação é uma destas intervenções, sendo que em Angola o processo de acreditação não é exigido por lei. O Instituto Angolano de Acreditação (IAAC), criado a 22 de Março de 2016, é o organismo nacional de acreditação, ao abrigo do Decreto-Lei nº 61/16. Conforme o Instituto Português de Acreditação, a acreditação consiste “na avaliação e reconhecimento da competência técnica de entidades para efetuar atividades específicas de avaliação da conformidade” (IPAC, 2011).

Para Bohigas (1996), a acreditação dos hospitais permite uma maior eficiência, um desempenho com alto nível de padrões bem como uma prestação de cuidados de alta qualidade. Conforme Rooney et al., (1999) as normas de acreditação são desenvolvidas com a finalidade da melhoria constante das organizações e são as mais exequíveis.

Principalmente em países onde os cuidados de saúde não são financiados pelo Estado, a acreditação serve como uma garantia de qualidade e segurança (Tabrizi et al., 2011).

De acordo a literatura, constata-se que programas de acreditação criam oportunidades para os profissionais elaborarem e expressarem as suas opiniões relativas ao funcionamento da instituição, bem como, permitem aos trabalhadores de níveis hierárquicos inferiores participar e dar sugestões de melhorias (Pomey et al., 2004). No caso da Peandra, esta intervenção deve ser considerada, pois, está associada a fatores como a satisfação, a qualidade, a segurança, a comunicação e a melhoria contínua.

Acreditamos ser do melhor interesse da Peandra apostar, ainda mais, na formação contínua e na supervisão dos seus profissionais por ser, de acordo a OMS, uma das intervenções para a melhoria da qualidade menos dispendiosas e por este motivo mais comum nos países de baixo ou médio rendimento (OMS, 2020). Apostando na formação contínua do pessoal, a oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira poderia tornar-se uma realidade mais comum no consultório, e conseqüentemente haveria um impacto positivo no grau de satisfação dos profissionais, considerando que atualmente os mesmos aparentam estar pouco satisfeitos relativamente a este tópico.

A remuneração e a contratação baseada no desempenho são uma prática de alavanca da qualidade que tem se revelado recorrente para o pagamento dos prestadores de cuidados de saúde entre as instituições. É determinado consoante um conjunto de medidas de desempenho e “o montante dependente do desempenho é muitas vezes uma subcomponente do pagamento integral, podendo basear-se em várias modalidades de financiamento” (OMS, 2020). Mediante a apuração do seu desempenho, os profissionais, conseqüentemente, acabariam por sentir que o que recebem é justo pelo trabalho que desempenham, bem como sentir-se mais reconhecidos pelo seu trabalho e pelos órgãos de gestão da instituição, o que implicaria um aumento significativo na sua satisfação perante a mesma.

A notificação de eventos adversos relaciona-se a um sistema de aprendizagem não punitivo. É um sistema de notificação onde os prestadores de saúde notificam os seus erros de forma transparente. Relata uma “ocorrência clínica indesejada num doente” que resulta de uma intervenção clínica (OMS, 2020). Com este sistema, a Peandra estaria a priorizar uma cultura de segurança que teria como prioridade os seus objetivos de segurança.

Uma estratégia para melhoria geral de qualquer instituição, que embora possa aparentar banal, é crucial para o seu bom funcionamento, é estabelecer-se uma comunicação clara entre os profissionais, independentemente da sua posição ou cargo.

Uma comunicação bem estruturada é a base para o sucesso das decisões e das organizações e acaba por atuar como uma verdadeira ferramenta de gestão. A mesma é facilitadora no processo de tomada de decisões, harmoniza as equipas de trabalho, gera mais e melhores resultados, é fundamental para a integração da equipa no ambiente organizacional e para esta esteja alinhada com a cultura, valores e objetivos da instituição.

Com esta estratégia em prática a Peandra conseguiria obter melhores resultados relativamente à satisfação dos seus membros no que toca a um melhor ambiente profissional e as linhas de orientação, pontos estes que o pessoal manifesta um leve descontentamento. Uma comunicação objetiva permitiria um melhor fluxo da informação, desprovido de barreiras, onde as linhas de protocolo da instituição seriam mais claras e perceptíveis a todos os níveis hierárquicos, tal como a perceção dos objetivos esperados.

Por fim, gostaríamos de relembrar a importância da aplicação dos indicadores da qualidade. A OMS defende que uma estratégia abrangente para a qualidade deve incluir um plano de monitoração dos indicadores da qualidade, feedback e uma avaliação global do que realmente está a ser feito para o alcance dos objetivos traçados (OMS, 2020).

Uma sugestão de abordagem para a Peandra, seria operar com os indicadores numa perspetiva retrospectiva, onde uma avaliação mensal ou quinzenal seria feita, de modo a ser elaborada uma análise crítica dos resultados atingidos. Esta avaliação permitiria a revisão das metas que não foram alcançadas e conseqüentemente a elaboração de planos de ação para as mesmas, bem como iria auxiliar no processo de melhoria contínua do serviço, estimularia o pensamento crítico e contribuiria para uma gestão mais eficiente do consultório. É imprescindível que todos os níveis hierárquicos estejam envolvidos neste processo. Todos os membros que, de certa forma, estejam envolvidos em qualquer processo relevante ao manuseamento ou interpretação dos indicadores da qualidade devem estar presentes nestas discussões/análises, bem como devem dispor da informação necessária para o correto e eficaz manuseamento dos indicadores, ter acesso ao feedback e estar a par das políticas de qualidade, das linhas de orientação e dos objetivos e metas traçadas.

10. Limitações

Uma limitação sentida foi a inexperiência na recolha e na análise de dados, por meio do software de análise estatística selecionado, o SPSS, um programa complexo de se operar, o que demandou um estudo isolado de modo que fosse possível obter os dados pretendidos, compreender os resultados e os seus gráficos.

O levamento de dados relativos a Angola foi, de igual modo, um entrave, devido à falta de dados atualizados, sendo que, parte significativa dos dados disponíveis eram provenientes de estimativas.

Importa referir que o estudo realizado apresenta limitações quanto à sua população e amostra. O estudo teve lugar num consultório, apresentando assim um número reduzido de participantes, logo as conclusões do mesmo são válidas e aplicadas apenas a população em questão. Consequentemente, não é possível extrapolar os resultados para outros cenários, como outros consultórios, clínicas ou hospitais do sistema de saúde angolano.

Capítulo IV: Conclusão

A utilidade da investigação em questão é reforçada ao analisar-se o contexto em que se enquadra o estudo. Importa refletir que a infraestrutura deficiente, a escassez de abastecimentos essenciais e a crise de recursos humanos entre o pessoal da saúde, em Angola são os principais fatores limitantes do atendimento de qualidade para crianças. As razões para o progresso mais lento na garantia da qualidade nos países em desenvolvimento incluem igualmente a falta de acesso à informação, a adaptação limitada das estratégias de melhoria da qualidade às necessidades dos países e a perceção errónea de que o foco na qualidade e segurança do paciente é dispendioso.

Neste sentido, construir uma cultura de qualidade do atendimento para crianças é um desafio prioritário, sendo que este indicador pode ser visto como uma atividade de alto nível que só poderá ser conduzida pelas equipas responsáveis. E, assim, pode ser complementado por programas contínuos de educação e formação em serviço para introduzir na prática quotidiana ferramentas e métodos de melhoria da qualidade.

Para este estudo, o instrumento para o levantamento de dados foi empregue a uma amostra de 32 profissionais trabalhadores do consultório em questão. A maioria dos inquiridos enquadra-se no intervalo de idades entre 31 e 40 anos, pertence ao sexo feminino, exerce a sua profissão entre 1 e 10 anos e desempenha a sua função no consultório entre 1 e 7 anos. A habilitação académica da significativa maioria é a licenciatura e o cargo mais ocupado é o de enfermeiro.

Mediante a análise das hipóteses formuladas o presente estudo revelou que o género feminino apresenta diferenças estatisticamente significativas na dimensão do grau do conhecimento dos indicadores da qualidade, de igual modo revelou uma maior satisfação a nível profissional quando comparado ao género masculino. Encontrou-se diferenças significativas nas diferentes faixas etárias em relação às perspetivas dos profissionais face à qualidade dos serviços em saúde e ao grau de satisfação, revelando-se superior no grupo de profissionais com idades superiores a 40 anos.

Concluimos que a qualidade é um parâmetro a ser melhorado e visto como uma prioridade na Peandra, havendo, também, necessidade de integrar a qualidade nos objetivos e prioridades, de modo que a mesma se reflita nas estratégias e políticas da instituição.

Com base no estado da arte dos indicadores da qualidade implementados nesta instituição, podemos relatar que os mesmos ainda são reduzidos em relação aos indicadores observados na literatura e o grau de conhecimento relativo aos mesmos é razoável. Os resultados evidenciam que a Peandra enfatiza indicadores administrativos em deterioramento dos indicadores clínicos. Dos dez indicadores avaliados, apenas seis são implementados na Peandra, de maneira que poderiam ser introduzidos mais parâmetros na avaliação, alguns deles aqueles citados neste estudo.

Para um melhor serviço ser fornecido, é fundamental os profissionais de todos os níveis hierárquicos tenham conhecimento das métricas da qualidade empregues no consultório, conheçam os objetivos bem como as metas da qualidade, participem das reuniões e dos processos de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

“O conhecimento e aplicação de indicadores da qualidade influencia ou não a gestão dos serviços clínicos?” Está é a grande questão por detrás da investigação. Com base na literatura apresentada e nos resultados da investigação, acreditamos que o estudo em causa conseguiu estabelecer uma associação entre o conhecimento dos indicadores e os processos de gestão, demonstrando ser imprescindível a simbiose entre os dois elementos. O bom desempenho de um serviço de saúde está diretamente relacionado a qualidade dos processos, a aplicação de indicadores da qualidade e a atuação da equipa.

Consideramos, após uma análise dos resultados, que a equipa do consultório Peandra encontra-se minimamente satisfeita profissionalmente. Contudo, há dimensões que requerem medidas reestruturadoras e planos de ação de melhoria.

Como recomendações futuras para esta temática, consideramos ser de todo pertinente aplicar o instrumento a um número maior de profissionais, alargando assim a amostra, visando se obter resultados mais conclusivos e mais fiéis ao sistema de saúde angolano, de modo que seja possível analisar se os resultados encontrados no estudo tratam-se apenas de uma tendência local ou efetivamente uma tendência no país, pois entendemos que contribuirá para uma reflexão e um conseqüente aperfeiçoamento dos profissionais no que se trata da qualidade em saúde. Seguramente, será necessário um maior número de trabalhos de investigação para confirmar e compreender melhor os fundamentos destas conclusões e desenvolver intervenções para melhorar as políticas de qualidade em saúde, nomeadamente o recurso aos indicadores da qualidade.

Referências Bibliográficas

Abraham, S. (2002) "Job Satisfaction as an Antecedent to Employee Engagement". *SIES Journal of Management*. 8 (2), 27-36. <https://docplayer.net/31817988-Job-satisfaction-as-an-antecedent-to-employee-engagement.html> [14 de julho de 2020].

Agbor, J. M. (2011). The Relationship between Customer Satisfaction and Service Quality: a study of three Service sectors in Umeå.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2010) Practice Center systematic review protocol: closing the quality gap 2010: quality improvement interventions to address health disparities.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). Pediatric Quality Indicators- Assess quality of hospital care for children, at the hospital level and across a community.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2017). Toolkit for Using the AHRQ Quality Indicators. Content last reviewed March 2017.

Aggarwal, R., & Ranganathan, P. (2019). Study designs: Part 4-interventional studies. *Perspectives in clinical research*, 10(3), 137.

Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5-13.

Barker, L., & Field, D. (2014). Neonatal quality measures: time to show developmental progress?. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 99(6), F505-F509.

Bell, J. (2004). Como realizar um projecto de investigação (3ª edição). Lisboa: Gradiva-Publicações Lda.

Benner, P. (2001). De iniciado a perito (AA Queirós, B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora.(Tradução do original inglês From novice to expert, 2001, SI, Pearson Education).

BNA-Banco Nacional de Angola (2019). Disponível em: <http://www.bna.ao/uploads/%7B882116a5-4f03-4951-93d7-0d1ad44235ff%7D.pdf>.

Bohigas, L. (1996). Accreditation Programs for Hospital: Funding and Operation. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 8 No6,583-589. Disponível em <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/8/6/583.full.pdf>,

Bordley, W. C. (2002). Outcomes research and emergency medical services for children: domains, challenges, and opportunities. *Ambul Pediatr*, 2(4 Suppl), 306-310.

Bowen, D. E., & Lawler III, E. E. (1992). Total quality-oriented human resources management. *Organizational dynamics*, 20(4), 29-41.

Breyer, Z., Giacomazzi, J., Kuhmmer, R., Lima, M., Hammes, S., Ribeiro, A., Kops, L., Falavigna, M. and Wendland, M. (2019), "Hospital quality indicators: a systematic review", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 32 No. 2, pp. 474-487.

Byron, S. C., Gardner, W., Kleinman, L. C., Mangione-Smith, R., Moon, J., Sachdeva, R., ... & Scholle, S. H. (2014). Developing measures for pediatric quality: methods and experiences of the CHIPRA pediatric quality measures program grantees. *Academic pediatrics*, 14(5), S27-S32.

Campana, A. O., Padovani, C. R., Iaria, C. T., Freitas, C. B. D., Paiva, S. A. R., & Hossne, W. S. (2001). *Investigação científica na área médica*. Barueri, SP: Manole.

Carey, K., & Stefos, T. (2011). Measuring the cost of hospital adverse patient safety events. *Health economics*, 20(12), 1417-1430

Carrillo-García, C., Solano-Ruiz, M. D. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (2013). Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21, 1314-1320.

Carvalho, F (2014). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Contexto de Cuidados de Saúde de Primários*.

Carvalho, M. (2010). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*.

Censo (2014) Instituto Nacional de Estatística. "Resultados preliminares do recenseamento geral da população e da habitação de Angola". Disponível em: http://www.embajadadeangola.com/pdf/Publicacao%20Resultados%20Preliminares%20%20Censo%202014_FINAL.13.10.14.pdf.

Cerqueira, I. M. C. (2018). O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado.

Cherrafi, A., Elfezazi, S., Chiarini, A., Mokhlis, A., & Benhida, K. (2016). The integration of lean manufacturing, Six Sigma and sustainability: A literature review and future research directions for developing a specific model. *Journal of Cleaner Production*, 139, 828-846.

Cheung CRLH, Gray JAM (2013) Unwarranted variation in health care for children and young people. *Arch Dis Child* 98:60-65.

CIA (2017). Central Intelligence Agency. Angola no CIA World Factbook. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/353.html>

Clark, A. E. (1997). Job satisfaction and gender: Why are women so happy at work? *Labour Economics*, 4(4), 341-372

Coburn, A. S., & Hall, S. J. (2014). Generational differences in nurses' characteristics, job satisfaction, quality of work life, and psychological empowerment. *Journal of Hospital Administration*, 3(5), 124.

Correia, M. (2016). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*.

Cortes, H., Daaboul, J., Le Duigou, J., & Eynard, B. (2016). Strategic lean management: integration of operational performance indicators for strategic lean management. *IFAC-PapersOnLine*, 49(12), 65-70.

Cruz, C. V., & Carvalho, Ó. (1998). *Qualidade: uma filosofia de gestão*.

Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, 46, 180-196. doi: 10.1016/S0212-6567(14)70088-5.

David, E. (2014). *Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades de Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene – Angola*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013) Disponível em: https://ordemdosmedicos.pt/wpcontent/uploads/2017/09/Helsingq_traducao_para_portugues.pdf

Decreto-Lei 140/2004 de 8 de Junho, (2008). Portugal.

Decreto-Lei 61/16 de 22 de Março, (2016). Diário da República nº 5, Angola.

Del Torso, S., Pettoello-Mantovani, M., Tenore, A., Grossman, Z., Wolfe, I., & Ehrich, J. (2013). A strategic pediatric alliance for the future health of children in Europe. *The Journal of Pediatrics*, 162(3), 659-660.

Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ quality & safety*, 21(10), 876-884.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.

Etikan, I., & Bala, K. (2017). Developing questionnaire base on selection and designing. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(6), 219-221.

Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde: Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI-Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (19), 34-45.

Ferres, N., Conell, J., Travaglione, A. (2004) "Co-Worker Trust as a Social Catalyst for Constructive Employee Attitudes". *Journal of Managerial Psychology*. 19(6):608-622.

Fieldston, E. S., Zaoutis, L. B., Agosto, P. M., Guo, A., Jonas, J. A., & Tsarouhas, N. (2014). Measuring patient flow in a children's hospital using a scorecard with composite measurement. *Journal of hospital medicine*, 9(7), 463-468.

Fisher, M. J. (2011). Sex differences in gender characteristics of Australian nurses and male engineers: A comparative cross-sectional survey. *Contemporary Nurse*, 39(1), 36-50.

Forrest, B., Simpson, L., & Clancy, C. (1997). Child health services research. Challenges and opportunities. *JAMA*, 277(22), 1787-1793.

Fortin, M-F. (2003). Apresentação e interpretação dos resultados. In M-F. Fortin, O processo de investigação da concepção à realização (Cap. 21, pp. 329-338). Loures: Lusociência

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Fragata J. (2010) Segurança do Doente. *Rev da Soc Port Anestesiol*. 6-6.

Ganasegeran, K., Perianayagam, W., Abdul Manaf, R., Ali Jadoo, S. A., & Al-Dubai, S. A. R. (2015). Patient satisfaction in Malaysia's busiest outpatient medical care. *The Scientific World Journal*, 2015.

Gascon Canovas, J. J., Saturno Hernandez, P. J., & Anton Botella, J. J. (2009). Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(5), 813-819.

Goldfeld, S., Woolfenden, S., & Hiscock, H. (2016). Access to Quality Health Services. Section 5.2 in Chapter 5 Health CRC 25. Australian Child Rights Progress Report. Australian Child Rights Taskforce, 2016.

Greenfield, D., Pawsey, M., & Braithwaite, J. (2011). What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations?. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), 8-14.

Groene, O. (2011). Patient centeredness and quality improvement efforts in hospitals: Rationale, measurement, implementation. *International Journal for Quality in Health Care*

Gronroos, C. (1978). A service-orientated approach to marketing of services. *European Journal of marketing*.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., e Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*, 7th Edition, New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River.

Hibbert, P., Hannaford, N., Long, J., Plumb, J., & Braithwaite, J. (2013). Final report: performance indicators used internationally to report publicly on healthcare organizations and local health systems. Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales.

Hill M. e Hill A. (2005) *Investigação por questionário*, 2a Edição, Lisboa: Edições Silabo.

Hodgson CJ, Abbas G, Arif MJ, Saeed S, Karar H. 2008. *Phenacoccus solenopsis* Tinsley (Sternorrhyncha: Coccoidea: Pseudococcidae), an invasive mealybug damaging cotton in Pakistan and India, with a discussion on seasonal morphological variation. *Zootaxa* 1913: 1-35.

IIMS (2017) Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde (MINSÁ), Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial (MINPLAN) e ICF. 2017. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSÁ, MINPLAN e ICF.

Imperatori, E. (1999) - Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Lisboa: Edinova.

INE (2014). Instituto Nacional de Estatística. Report. Disponível em: <http://censo.ine.gov.ao/xportal/xmain?xpid=censo2014>

INE (2021). Instituto Nacional de Estatística. Indicadores de Emprego e Desemprego. Angola, Luanda. Disponível em: https://www.ine.gov.ao/Arquivos/arquivosCarregados//Carregados/Publicacao_637590609235730113.pdf

IOM (2001) Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press (US).

IPAC (2011). A Acreditação. Disponível em: <http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp>

Iuga, M.V.; Kifor, C.V.; Rosca, L.-I. (2015). Lean information management: Criteria for selecting key performance indicators at shop floor. ACTA Univ. Cibiniensis 2015, 66, 67-72

JCAHO (1993). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Measurement Mandate – on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago IL, Department of Publications, 53p.

Kerzner, H. (2017). Project management metrics, KPIs, and dashboards: a guide to measuring and monitoring project performance. John Wiley & Sons.

Kerzner, H. (2017). Project Management Metrics, KPIs, and Dashboards: A Guide to Measuring and Monitoring Project Performance. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Kotler P. & Armstrong G. (2016). *Principles of marketing* (16e ed.). Pearson.

Koutsothanassi, E.; Bouranta, N.; Psomas, E. Examining the relationships among service features, customer loyalty and switching barriers in the Greek banking sector. *Int. J. Qual. Serv. Sci.* 2017, 9, 425-440.

Leemans, K., Van den Block, L., Vander Stichele, R., Francke, A. L., Deliens, L., & Cohen, J. (2015). How to implement quality indicators successfully in palliative care services: perceptions of team members about facilitators of and barriers to implementation. *Supportive Care in Cancer*, 23(12), 3503-3511.

Lima Melo, S. S. F. (2003). A satisfação profissional dos enfermeiros: estudo exploratório em enfermeiros de centros de saúde e hospitais.

Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation

for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510-515.

Madsen, M. M., Eiset, A. H., Mackenhauer, J., Odby, A., Christiansen, C. F., Kurland, L., & Kirkegaard, H. (2016). Selection of quality indicators for hospital-based emergency care in Denmark, informed by a modified-Delphi process. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 24(1), 1-8.

Maia, N. (2012). *Satisfação em enfermagem: Comparação entre sector público e privado*. Dissertação de mestrado não publicada.

Marôco J. (2009), *Avaliação das qualidades psicométricas de uma escala*, Lisboa, ISPA.

Martin, S. (2003) - *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Estudo exploratório em Enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*.

McNatt, Z., Linnander, E., Endeshaw, A., Tatek, D., Conteh, D., & Bradley, E. H. (2015). A national system for monitoring the performance of hospitals in Ethiopia. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 719-726.

Mir, F. A., & Pinnington, A. H. (2014). Exploring the value of project management: linking project management performance and project success. *International journal of project management*, 32(2), 202-217.

Mohammad, R. (2005). A survey of total quality management in Iran: Barriers to successful implementation in health care organizations. *Leadership in Health Services*.

Morris, C., & Bailey, K. (2014). *Measuring health care quality: An overview of quality measures*. Families USA Issue Brief.

Moura, S. (2012). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem*.

Nolte, E. (2010). *International benchmarking of healthcare quality. A review of the literature*. RAND Corporation, Technical Report

Nunes, C. (2017). *Satisfação com o trabalho: a percepção dos enfermeiros perioperatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste*. (

OMS (2020). *Organização Mundial da Saúde. Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]*. Genebra: Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. (2003) *Quality and accreditation in health care services- A global review*. Available from: http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf

OMS. (2006) *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

Palmer, R. H., & Miller, M. R. (2001). Methodologic challenges in developing and implementing measures of quality for child health care. *Ambulatory Pediatrics*, 1(1), 39-52.

Panagopoulos, I., Atkin, C., & Sikora, I. (2017). Developing a performance indicators lean-sigma framework for measuring aviation system's safety performance. *Transportation research procedia*, 22, 35-44.

Panzer, R. J., Gitomer, R. S., Greene, W. H., Webster, P. R., Landry, K. R., & Riccobono, C. A. (2013). Increasing demands for quality measurement. *Jama*, 310(18), 1971-1980.

Paulo, G. D. N. N. (2003). Satisfação dos profissionais de saúde: avaliação em dois modelos de gestão hospitalar.

PDRH (2014) Projeto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde. Disponível em: <https://conselhoconsultivominsa.gov.ao/wp-content/uploads/2019/09/Plano-desenvolvimento-de-recursos-humanos-de-saude-2013-2025-1.pdf>

Perez-Ciordia, I., Guillen-Grima, F., Brugos, A., & Aguinaga, I. (2013). Job satisfaction and improvement factors in primary care professionals. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(2), 253-262.

Pestana, M. H.; Gageiro, J. N. (2014) Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo,

Plebani M, Sciacovelli L, Aita A, et al. (2014). Quality Indicators to detect pre-analytical errors in laboratory testing. *Clin Chim Acta* 432:44-8.

PNDS (2012). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2013-2017. Disponível em: <http://www.ucm.minfin.gov.ao/cs/groups/public/documents/document/zmlu/mdmz/~edis p/minfin033820.pdf>

PNDS (2014). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2015. Disponível em: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/angola/plano_nacional_de_desenvolvimento_sanitario_pnds_2012-2025.pdf

Pomey, M. P., Contandriopoulos, A. P., François, P., & Bertrand, D. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

Raleigh, V. S., & Foot, C. (2010). Getting the measure of quality. Opportunities and challenges, 522.

Ramya, N., Kowsalya, A., & Dharanipriya, K. (2019). Service quality and its dimensions. *EPRA International Journal of Research & Development*, 4, 38-41.

Rios-Zertuche, D., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E., Hernández, B., Schaefer, A., Johanns, C. K., Gonzalez-Marmol, A., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2019). Methods to measure quality of care and quality indicators through health facility surveys in low- and middle-income countries. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 31(3), 183-190. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy136>

Rodrigues, E. C., Alves, B. D. C. A., Veiga, G. L. D., Adami, F., Carlesso, J. S., Figueiredo, F. W. D. S., ... & Fonseca, A. L. A. (2019). Neonatal mortality in Luanda, Angola: what can be done to reduce it?. *Journal of Human Growth and Development*, 29(2), 161-168.

Rodrigues, I. (2011). Satisfação Profissional dos Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos.

Rooney, A. L., & Van Ostenberg, P. R. (1999). Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Bethesda: Center for Human Services, Quality Assurance Project.

Rosenbaum, S. (2016). Twenty-first century Medicaid: the final managed care rule. *Health Affairs Blog*. May, 5.

Salvador, P.F.C. (2012) Qualidade em Análises Clínicas: Avaliação da qualidade percebida pelos utentes na secção de colheitas de um Serviço de Patologia Clínica. Tese de Mestrado, Faro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/3680>.

Schuster, M. A. (2015). Measuring quality of pediatric care: where we've been and where we're going. *Pediatrics*, 135(4), 748-751.

Serrão, C. (2014). Grau de literacia em saúde de uma amostra de pessoas portuguesas. In C. Serrão (Ed.), *Manual de boas práticas* (pp.21-32). Porto: Projeto Literacia em Saúde.

Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 33-38. doi: 10.19131/jpmhn.0006.

Sharmin, T., C. M. M. Hasan, S. Aftabuddin, M. A. Rahman and M. Khan. 2016. Growth, fatty acid, and lipid composition of marine microalgae *Skeletonema costatum* available in Bangladesh coast: Consideration as biodiesel feedstock. *J. Mar. Biol.* 2016: 1-8.

Silva, M. (2012). Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação: Satisfação profissional. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.

SNS (2021) Sistema Nacional de Avaliação em Saúde SINAS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/sistema-nacional-de-avaliacao-em-saude-sinas/>

Soares, S. & Menezes, M. S. (2010). Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*.

Stake, Robert. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Starfield, B., Powe, N. R., Weiner, J. R., Stuart, M., Steinwachs, D., Scholle, S. H., & Gerstenberger, A. (1994). Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA*, 272(24), 1903-1908.

Steenbruggen A., van Oorsouw R., Maas M., et al. Development of quality indicators for departments of hospital-based physiotherapy: a modified Delphi study. *BMJ Open Quality* 2020;9: e000812. doi:10.1136/bmjopen-2019-000812

Tabrizi, J., & Gharibi, F. (2011). Systematic survey of accreditation models for designing a national model. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 16(3).

Tinoco, P.C.R. (2013) Avaliação da qualidade percebida em saúde: o caso do Serviço de Radiologia do Hospital de Faro, E.P.E. Tese de Mestrado, Faro.

UNDP (2019). Global Human Development Report 2019, Human Development Report, New York. <https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf>

UNICEF (2015). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Available from: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf

Valente, J. P. O. (2013). Satisfação profissional dos enfermeiros de um hospital da Região Centro (Doctoral dissertation, Instituto Politecnico de Viseu (Portugal)).

van den Driessen Mareeuw, F. A., Hollegien, M. I., Coppus, A. M., Delnoij, D. M., & de Vries, E. (2017). In search of quality indicators for Down syndrome healthcare: a scoping review. *BMC health services research*, 17(1), 1-15.

Veiga, S., & Serrão, C. (2016). Health literacy of a sample of portuguese elderly. *Applied Research in Health And Social Sciences: Interface And Interaction*, 13, 14-26. doi: 10.1515/arhss-2016-0003.

Woolfenden, S., Eapen, V., Jalaludin, B., Hayen, A., Kemp, L., Dissanyake, C., . . . Watch Me Grow' study, g. (2016). Prevalence and factors associated with parental concerns about development detected by the Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS) at 6-month, 12-month and 18-month well-child checks in a birth cohort. *BMJ Open*, 6(9), e012144. doi:10.1136/bmjopen-2016-012144

WPC (2020) Poverty e Equity Brief: Sub-Saharan Africa, Angola. Available from: https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_AGO.pdf

Yarimoglu, E.K. A review on dimensions of service quality models. *J. Mark. Manag.* 2014, 2, 79-93.

Zarei, E., Daneshkohan, A., Pouragha, B., Marzban, S., & Arab, M. (2015). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Global journal of health science*, 7(1), 1.

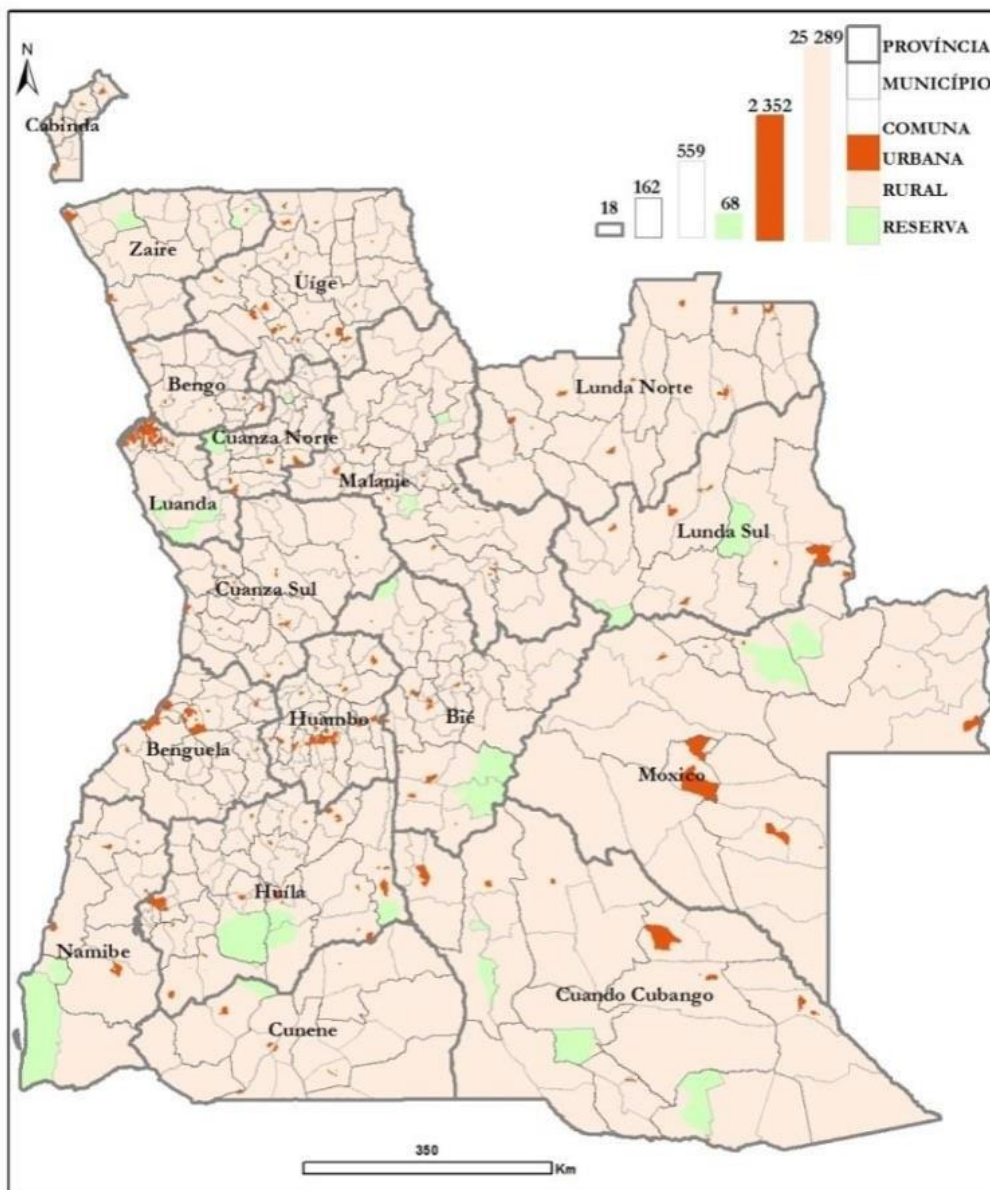
Zidarova, E. & Zografos, K. (2011). Measuring Quality of Service in Airport Passenger Terminals *Journal of Air Transport Management*, Vol. 15, No. 3

Zimmerman D., W. (2000), "Statistical significance levels of nonparametric tests biased by heterogeneous variances of treatment groups", *Journal of General Psychology*, 127, pp.354-364.

Ziviani, J., Polatajko, H., & Rodger, S. (2015). Embedding goal setting in practice: The CO-OP approach. In A. A. Poulsen, J. Ziviani, & M. Cuskelly (Eds.), *Goal setting and motivation in therapy: Engaging children and parents* (pp. 80-88). Jessica Kingsley.

Anexos

Anexo I- Distribuição Geográfica de Angola



Fonte: Censo, 2014

Anexo II- Questionário aos Profissionais

1. Caracterização Sociodemográfica

1.1 Idade

20-30 anos

31-40 anos

>40 anos

1.2 Género

Feminino

Masculino

1.3 Tempo de exercício profissional

1-3 anos

4-7 anos

8-10 anos

>10 anos

1.4 Tempo de exercício profissional no Grupo Peandra

1-3 anos

4-7 anos

8-10 anos

>10 anos

1.5 Tempo de exercício profissional neste consultório

1-3 anos

4-7 anos

8-10 anos

>10 anos

1.6 Habilitações académicas/profissionais

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Pós-graduação

Outro

1.7 Tipo de relação laboral

Contrato individual de trabalho

Trabalhado por conta própria

2. Perspetiva face à qualidade em saúde no consultório Peandra

Responda apenas a uma opção, tendo em conta a seguinte classificação: Concordo plenamente (5); Concordo (4); Não concordo, nem discordo (3); Discordo (2); discordo totalmente (1). Grau de concordância relativa às seguintes questões:

Grau de concordância relativa às seguintes questões	5	4	3	2	1
Está definida uma política da qualidade em Saúde.					
Conheço a política da qualidade do consultório.					
A qualidade e a segurança do doente estão incluídas nos principais objetivos ou pilares de desempenho do Consultório.					
O conselho administrativo está ativamente envolvido na revisão do desempenho do Consultório nas medidas da qualidade e segurança do doente.					
Existem objetivos da qualidade.					
Existe um sistema de gestão da qualidade.					
Conheço os objetivos para a qualidade do serviço.					
Os objetivos da qualidade são divulgados dentro da instituição.					
Existe um manual da qualidade.					
O manual da qualidade é divulgado dentro da instituição.					
É avaliado o nível de satisfação dos doentes ou daqueles que por eles respondem.					
É avaliado o nível de satisfação dos profissionais de saúde.					
A qualidade dos serviços é avaliada regularmente.					
Existe formação em qualidade para os profissionais.					
Temos um propósito comum para diminuir a mortalidade e reduzir as complicações em crianças.					
Temos uma comunicação aberta entre provedores, funcionários, doentes e cuidadores sobre nosso trabalho nos Indicadores da Qualidade Pediátrica.					
Documentamos padrões de segurança relacionados aos Indicadores da Qualidade Pediátrica Indicadores nos protocolos e diretrizes.					
Incluímos um ou mais dos Indicadores da Qualidade					

Pediátrica em nosso conjunto existente de medidas de desempenho de qualidade e segurança.					
A liderança responde ativamente quando identificamos problemas relacionados aos Indicadores da Qualidade Pediátrica.					
Revisamos e analisamos os eventos cotidianos relacionados aos Indicadores da Qualidade Pediátrica para identificar as áreas onde são necessárias melhorias.					
Realizamos iniciativas de melhoria da qualidade para abordar o desempenho em um ou mais dos Indicadores da Qualidade Pediátrica.					

3. Perspetiva face à avaliação da qualidade em saúde no Consultório Peandra:
Indicadores da qualidade

3.1 Quais são os indicadores da qualidade pediátricos em saúde que conhece?

Assinale com um "X" no "Sim" as opções que mais se adequam à sua resposta e com um "X" no "Não" as que não considera relevantes.

Indicadores da qualidade	SIM	NÃO
Satisfação dos enfermeiros		
Percentagem de reclamações		
Intervalo de substituição entre consultas		
Tempo médio de permanência na consulta		
Taxa de admissões por reações medicamentosas		
Taxa de complicações por diabetes		
Taxa de admissões por gastroenterite		
Taxa de admissões por infeção do trato urinário		
Taxa de admissões por reações vacinais		
Taxa de admissões por asma		

3.2 Quais os indicadores da qualidade em saúde que são avaliados na Peandra?

Assinale com um "X" no "Sim" as opções que mais se adequam à sua resposta e com um "X" no "Não" as que não considera relevantes. Indicadores:

Indicadores da qualidade	SIM	NÃO
Satisfação dos enfermeiros		
Percentagem de reclamações		
Intervalo de substituição entre consultas		
Tempo médio de permanência na consulta		
Taxa de admissões por reações medicamentosas		
Taxa de complicações por diabetes		
Taxa de admissões por gastroenterite		
Taxa de admissões por infecção do trato urinário		
Taxa de admissões por reações vacinais		
Taxa de admissões por asma		


4. Satisfação dos profissionais

Responda apenas a uma opção, tendo em conta a seguinte classificação: Concordo plenamente (5); Concordo (4); Não concordo, nem discordo (3); Discordo (2); discordo totalmente (1). Grau de concordância relativa às seguintes questões:

Grau de satisfação profissional	5	4	3	2	1
Existe definição de competências e responsabilidades entre os diferentes profissionais					
Existe liberdade de tomada de decisão					
A disponibilidade de meios/equipamento/espaco físico é adequado à realização da prestação de cuidados					
Organização geral do serviço					
Linhas de orientação/protocolos					
Estabilidade da equipa					
Equipa de enfermagem do consultório					
Equipa de médicos do consultório					
Equipa de liderança do consultório					
Cooperação e a colaboração entre os profissionais					
Existe disponibilidade da chefia sempre que solicitado					
Existe oportunidade de formação contínua					
Existe oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira					
Sou reconhecido pelos órgãos de gestão					
Prestamos cuidados de saúde com qualidade					
Os meus valores vão de encontro aos da instituição					
Gosto do ambiente organizacional					
Número de doentes por enfermeiro (rácio) é adequado para garantir a qualidade da prestação de cuidados					
Sinto que o que recebo é justo pelo trabalho que desempenho					
Sinto que o meu trabalho é reconhecido					
Tenho orgulho na profissão que desempenho					
Sinto-me entusiasmo com o meu trabalho					
Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar					

Anexo III- Autorização do Questionário


Encontrado na caixa de correio Enviado - Google

Wandy Almeida dos Santos 2 de junho de 2021, 12:22 

Tese de Mestrado
Para: Isabel Maria Cerqueira

Boa Tarde Sra. Isabel Cerqueira.
Espero que se encontre bem.
Chamo-me Wandy Santos, tenho 21 anos e sou aluna do Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa.
A minha tese de mestrado será acerca dos indicadores de qualidade pediátricos, o conhecimento dos profissionais relativamente aos mesmos e o seu impacto na pediatria e o foco do estudo será o cenário da saúde pediátrica em Angola.
Na procura por questionários deparei-me com a sua tese (de onde tirei o seu email) e até ao momento foi o único questionário que vejo que poderia enquadrar ao meu tema e gostaria de utiliza-lo.
Contudo de modo a cumprir os requisitos da comissão de ética do meu mestrado necessito de saber se o questionário foi elaborado por si e se o mesmo é validado. Poderia ajudar-me com estas questões?

Agradeço desde já,
Com os melhores cumprimentos,
Wandy Santos

Isabel Maria Cerqueira  6 de junho de 2021, 16:04

Re: Tese de Mestrado
Para: Wandy Almeida dos Santos

Boa tarde!

Por aqui tudo bem, espero que por aí também!

Desde já boa sorte no seu percurso!

O questionário foi elaborado por mim, é efetuado pre teste para a sua validação que se verificou válido!

Alguma questão não hesite em contactar me

Melhores cumprimentos
Isabel cerqueira

Wandy Santos <wandyasantos@gmail.com> escreveu em qua., 2/06/2021 às 12:22 :
[Ver mais de Wandy Almeida dos Santos](#)

Anexo IV- Documento Informação Participante

Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se acreditar que algo está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

O projeto visa a realização de um estudo de caso no consultório pediátrico Peandra, localizado em Luanda, Angola, no âmbito do Projeto de Tese de Mestrado intitulado “Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso”.

Este projeto de investigação está enquadrado no âmbito da 10a Edição do Curso de Mestrado de Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa em parceria com a Universidade do Algarve-Escola Superior de Saúde. Tendo como responsável do projeto a estudante Wandy Almeida dos Santos e como orientadores do projeto a Professora Doutora Margarida Eiras e o Professor Doutor Emanuel Catumbela.

Este estudo terá como objetivo geral: Analisar a qualidade dos serviços clínicos de pediatria através dos indicadores da qualidade no Consultório.

Estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar quais os indicadores da qualidade implementados no Consultório Peandra;
- Averiguar o conhecimento dos médicos, enfermeiros e do pessoal administrativo relativo aos indicadores da qualidade na Pediatria;
- Analisar a perspetiva dos profissionais face à qualidade em saúde no Consultório;
- Avaliar o grau de satisfação profissional no contexto da cultura organizacional;
- Propor ações de melhoria face a situação atual do Consultório Peandra.

Durante o processo de recolha de dados será atribuído um código de identificação a cada questionário e não será revelada a correspondência entre a identificação do participante e o seu código. A idade, o género, tempo de exercício profissional e habilitações são dados que serão utilizados de forma anónima sem qualquer referência aos seus dados pessoais.

O investigador atuará sempre seguindo as normas de sigilo profissional comprometendo-se a cumprir os pressupostos legais e regulamentares aplicáveis com vista a seguir as boas práticas clínicas, sendo que a confidencialidade e o anonimato dos respondentes serão salvaguardados.

Caso a investigação venha a ser publicada todos os dados serão mantidos anónimos garantido a sua confidencialidade.

O estudo tem o parecer favorável da Comissão de Ética do Consultório Peandra. Relativamente aos prazos de conservação de dados, ressalva-se que os dados deste projeto serão arquivados em bases de dados e guardados até ao dia da defesa da tese de mestrado, sendo que posteriormente todos os registos serão destruídos de modo a manter a integridade do estudo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade em responder ao questionário.

Anexo V- Autorização da Comissão de Ética da Peandra



Assunto: “Impacto de Indicadores de Qualidade Pediátricos como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso.”

Exma. Wandy Almeida dos Santos

Serve o presente para informar V. Excelência, que na sequência do pedido de autorização e após análise do estudo em epígrafe, informamos que o mesmo obteve por unanimidade parecer favorável da Comissão de Ética, tendo sido autorizado pelo Conselho de Administração em 25 de Maio de 2021.

Com os melhores cumprimentos,

Luanda, 25 de Maio de 2021



Dr^a Nayole Loureiro (Pediatra)

Nayole Loureiro

Anexo VI – Análise do grau de satisfação profissional segundo o cargo, a idade, o género e as habilitações académicas

Grau de satisfação profissional	Cargo que ocupa			Idade			Género		Habilitações académicas				
	Adminis- trativo	Enfermeiro	Médico	20-30 anos	31- 40 anos	>40 anos	F	M	Licencia- tura	Pós- graduação	Mestrado	Doutora- mento	Outro
Existe definição de competências e responsabilidades entre os diferentes profissionais	Neutro	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0
	Insatisfeito	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Existe liberdade de tomada de decisão	Neutro	3	2	3	1	5	2	6	3	4	0	1	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A disponibilidade de meios/equipamento s/espço físico é adequado à realização da prestação de cuidados	Neutro	0	0	3	0	2	1	2	0	1	1	1	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0
Organização geral do serviço	Neutro	0	1	1	0	2	0	2	0	1	0	1	0
	Insatisfeito	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linhas de orientação/protocolo	Neutro	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
	Insatisfeito	1	0	1	1	0	1	2	0	1	1	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso

Estabilidade da equipa	Neutro	0	3	0	0	2	1	0	3	3	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipa de enfermagem do Consultório	Neutro	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipa de médicos do Consultório	Neutro	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Equipa de liderança do Consultório	Neutro	0	2	1	0	1	2	2	1	2	0	1	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cooperação e colaboração entre os profissionais	Neutro	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Existe disponibilidade da chefia sempre que solicitado	Neutro	0	1	2	0	1	2	1	2	1	1	1	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Existe oportunidade de formação contínua	Neutro	2	4	4	1	6	3	3	7	5	3	1	1	0
	Insatisfeito	0	2	1	1	1	1	2	1	2	0	1	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso

Existe oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira	Neutro	2	4	6	1	7	4	5	7	5	4	2	1	0
	Insatisfeito	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sou reconhecido pelos órgãos de gestão	Neutro	1	1	2	0	3	1	2	2	1	2	1	0	0
	Insatisfeito	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Prestação de cuidados de saúde com qualidade.	Neutro	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Os meus valores vão de encontro aos da instituição	Neutro	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Como considero o ambiente organizacional	Neutro	0	2	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0
	Insatisfeito	1	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Número de doentes por enfermeiro (rácio) é a adequado para garantir a qualidade da prestação de cuidados	Neutro	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
	Insatisfeito	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sinto que o que recebo é justo pelo trabalho que desempenho	Neutro	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	0	0	1
	Insatisfeito	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
	Muito insatisfeito	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
	Neutro	0	1	1	0	1	1	0	2	1	0	1	0	0

Indicadores da Qualidade nos Serviços de Pediatria como Ferramenta de Gestão: Estudo de Caso

Sinto que o meu trabalho é reconhecido	Insatisfeito	1	1	0	1	1		1	1	1	1	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Neutro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tenho orgulho na profissão que desempenho	Insatisfeito	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Neutro	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Sinto-me entusiasmado com o meu trabalho	Insatisfeito	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
	Muito insatisfeito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Neutro	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	0	0	1
Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar nesta Instituição	Insatisfeito	0	2	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0	0
	Muito insatisfeito	3	1	1	2	2	1	1	4	5	0	0	0	0

Apêndice

Apêndice I - Análise do teste Alfa de Cronbach por item para avaliar o nível de confiabilidade

Expectativa face à qualidade em saúde no consultório Peandra	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Está definida uma política de qualidade em Saúde	,899
Conheço a política da qualidade do Consultório	,902
A qualidade e a segurança do paciente estão incluídas nos principais objetivos ou pilares de desempenho do Consultório	,899
O conselho administrativo está ativamente envolvido na revisão do desempenho do Consultório nas medidas de qualidade e segurança do paciente	,898
Existem objetivos da qualidade	,897
Existe um sistema de gestão da qualidade	,894
Conheço os objetivos para a qualidade do serviço	,895
Os objetivos da qualidade são divulgados dentro da instituição	,906
Existe um manual da qualidade	,899
O manual da qualidade é divulgado dentro da instituição	,898
É avaliado o nível de satisfação dos doentes ou daqueles que por eles respondem	,896
É avaliado o nível de satisfação dos profissionais de saúde	,900
A qualidade dos serviços é avaliada regularmente	,897
Existe formação em qualidade para os profissionais	,901
Temos um propósito comum para diminuir a mortalidade e reduzir as complicações em crianças	,896

Temos uma comunicação aberta entre provedores, funcionários, pacientes e cuidadores sobre o nosso trabalho nos Indicadores de Qualidade Pediátrica	,897
Documentamos os padrões de segurança relacionados aos indicadores de qualidade pediátrica nos protocolos e diretrizes	,892
Incluímos um ou mais dos indicadores de qualidade pediátrica no conjunto existente de medidas de desempenho de qualidade e segurança	,896
A liderança responde ativamente quando identificamos problemas relacionados ao Indicadores de Qualidade Pediátrica	,897
Revisamos e analisamos os eventos cotidianos relacionados aos Indicadores de Qualidade Pediátrica para identificar as áreas onde são necessárias melhorias	,902
Realizamos iniciativas de melhoria da qualidade para abordar o desempenho em um ou mais Indicadores de Qualidade Pediátrica	,899
Avaliação Global	.903

Quais os Indicadores de Qualidade dos Cuidados de Pediatria que conhece?	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Satisfação dos enfermeiros	,860
Porcentagem de reclamações	,858
Intervalo de substituição entre consultas	,845
Tempo médio de permanência na consulta	,850
Taxa de admissões por reações medicamentosas	,852
Taxa de admissões por complicações por diabetes	,836
Taxa de admissões por gastroenterite	,846

Taxa de admissões por infecção do trato urinário	,831
Taxa de admissões por reações vacinais	,844
Taxa de admissões por asma	,842
Avaliação Global	.854

Grau de satisfação profissional	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Existe definição de competências e responsabilidades entre os diferentes profissionais	,920
Existe liberdade de tomada de decisão	,914
A disponibilidade de meios/equipamentos/espaco físico é adequado à realização da prestação de cuidados	,914
Organização geral do serviço	,912
Linhas de orientação/protocolo	,911
Estabilidade da equipa	,912
Equipa de enfermagem do Consultório	,911
Equipa de médicos do Consultório	,911
Equipa de liderança do Consultório	,910
Cooperação e colaboração entre os profissionais	,912
Existe disponibilidade da chefia sempre que solicitado	,917
Existe oportunidade de formação continua	,915
Existe oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira	,914
Sou reconhecido pelos órgãos de gestão	,914
Prestação de cuidados de saúde com qualidade	,914

Os meus valores vão de encontro aos da instituição	,912
Como considero o ambiente organizacional	,909
Número de doentes por enfermeiro (rácio) é a adequado para garantir a qualidade da prestação de cuidados	,913
Sinto que o que recebo é justo pelo trabalho que desempenho	,912
Sinto que o meu trabalho é reconhecido	,909
Tenho orgulho na profissão que desempenho	,916
Sinto-me entusiasmado com o meu trabalho	,913
Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar nesta Instituição	,933
Avaliação Global	.917