



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**CUIDADOS DIFERENCIADOS EM PACIENTES ASSISTIDOS NO
BANCO DE URGÊNCIA DE MEDICINA NO CENTRO MÉDICO DO
COMANDO PROVINCIAL DE LUANDA, SEGUNDO SEMESTRE-2024.**

Autor: Domingos Pascoal

Orientadora: Prof^ª. Yamilé Hernández, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CUIDADOS DIFERENCIADOS EM PACIENTES ASSISTIDOS NO
BANCO DE URGÊNCIA DE MEDICINA NO CENTRO MÉDICO DO
COMANDO PROVINCIAL DE LUANDA, SEGUNDO SEMESTRE-2024.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao
Instituto Superior de Angola, como requisito,
para a obtenção do título de Licenciatura em
Enfermagem, sob orientação da Prof^a. Yamilé
Cárdenas Hernández, Lic.

Autor: Domingos Pascoal

Orientadora: Prof^a. Yamilé Hernández, Lic.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**CUIDADOS DIFERENCIADOS EM PACIENTES ASSISTIDOS NO
BANCO DE URGÊNCIA DE MEDICINA NO CENTRO MÉDICO DO
COMANDO PROVINCIAL DE LUANDA, SEGUNDO SEMESTRE-2024.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

A minha amada esposa: Luisa Eduardo, por todo amor e apoio incondicional depositado,e por sempre acreditar nas minhas capacidades intelectuais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente a minha amada esposa: Luisa Eduardo, aos meus queridos filhos, aos meus irmãos, por todo esforço que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível.

A minha orientadora, Professora Yamilé Hernández, pela orientação e apoio no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais.

A Instituição (ISA) por esses 4 anos.

Aos intervenientes que colaboraram na minha pesquisa de campo como o Pedagogo: Artur Vaz Monteiro.

Aos meus colegas e amigos, especialmente aqueles que sempre estiveram presentes em todos os momentos ao decorrer desse estudo.

EPÍGRAFE

“O mundo de cada um está nos olhos que tem.”

Teixeira (2010)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de fim de curso, aborda sobre Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo Trimestre-2023. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, quanto a modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa. Neste trabalho traçou-se as seguintes hipóteses: A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente; A má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes. Neste contexto, traçou-se como objectivos os seguintes: Objectivo Geral: Analisar os Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda. Objectivos Específicos: Caracterizar o perfil sócio-demográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico e tempo de serviço; Identificar os Cuidados Diferenciados à Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda; Descrever os Cuidados Diferenciados à Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda; Propor sugestões que visam melhorar os Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda. Extraíu-se uma amostra (30) que usamos durante a nossa pesquisa. Sugestões: que o Centro Médico promova formações de capacitação dos seus profissionais que actuam no Banco de Urgência no sentido de proporcionar atendimento baseado na igualdade entre pacientes, Conclusões: Com isso podemos afirmar que os nossos objectivos foram alcançados e as nossas confirmadas.

Palavras-chave: Cuidado, Diferenciado, Paciente , Medicina, Banco de Urgência.

ABSTRACT

This end-of-course conclusion work aims to address Differentiated Care in Patients Assisted at the Medical Emergency Bank at the Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Second Quarter-2023. The methodology applied in this work was the descriptive research, as for the approach model we used the qualitative-quantitative research. In this work, the following hypotheses were outlined: H1- The quality of differentiated care assistance contributes to the total recovery of the patient; H2- Poor screening selection influences differentiated care in patients. In this context, the following objectives were outlined: General Objective: To analyze the Differentiated Care in Patients Assisted in the Medical Emergency Bank, in the Medical Center of the Provincial Command of Luanda. Specific Objectives: Characterize the socio-demographic profile according to the variables: age group, academic level and length of service; Identify Differentiated Care for Patients Assisted at the Medical Emergency Bank, at the Luanda; Describe the Differentiated Care for Patients Assisted at the Medical Emergency Bank, at the Luanda; Propose suggestions that aim to improve the Differentiated Care in Patients Assisted in the Medical Emergency Bank, in the Medical Center of the Provincial Command of Luanda. A sample (30) was drawn which we used during our research. Suggestions: To the Medical Center of the Provincial Command of Luanda, that it promote training courses for its professionals who work in the Emergency Bank in order to provide care based on equality between patients, avoiding nepotism. Conclusions: With this we can say that our objectives were achieved and ours confirmed.

Keywords: Care, Differentiated, Patient, Medicine, Emergency Bank.

LISTA DE ABREVIATURA

OMS.....Organização Mundial de Saúde.

SNS.....Sistema Nacional de Saúde.

SAMU.....Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SAV.....SuporteAvançado de Vida.

SBV.....Suporte Básico a Vida.

UPA.....Unidades de Pronto Atendimento.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- População e amostra.....	38
Tabela nº 2. Distribuição da amostra segundo faixa etária.....	40
Tabela nº 3- Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	41
Tabela e grafico nº 4- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	42
Tabela e gráfico nº 5: Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero.....	43
Tabela e grafico nº 6- Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento.....	44
Tabela e grafico nº 7- A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente.....	45
Tabela e grafico nº 8- Sera que a má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico nº 1. Distribuição da amostra segundo faixa etária.....	40
Gráfico nº 2- Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	41
Gráfico nº 3- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....	42
Gráfico nº 4: Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero.....	43
Gráfico nº 5- Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento.....	44
Gráfico nº 6- A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente.....	45
Gráfico nº 7- Sera que a má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes.....	46

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
1. 1 Definições de termos e conceitos	5
1.2. Breve histórica sobre os cuidados diferenciados em pacientes assistidos no banco de urgência e emergência	7
1.3. Protocolo de cuidados diferenciados	8
1.4. O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	9
1.5. As competências do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência	12
1.6. Importância do SAMU nos atendimentos emergenciais.....	14
1.6.1. O papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel (APHM)	16
1.6.2. Desafios do enfermeiro para atuar no APH.....	19
1.6.3. Situação da Saúde em Angola.....	20
1.6.4. Organização do sistema público de saúde.....	20
1.6.5. Prestação de serviços de saúde	21
1.6.6. Recursos materiais.....	22
1.7. Agentes na saúde e papéis desempenhados	23
1.7.1. Profissionais de saúde, principais desafios	24
1.7.2. Optimização de fluxos das emergências hospitalares	26
1.7.3. Optimização no Sistema de Emergência Médica.....	27
1.7.4. Acesso ao sistema de emergência hospitalar angolano	30
1.7.5. Modelo de serviços de emergência médica	31
CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE ESTUDO	33
2. 1. Tipo de pesquisa	33

2.2. Modelo de abordagem	33
2.3. Níveis de estruturação de métodos	34
2.4. Técnicas de recolha de dados	36
2.5 Instrumento e procedimentos de recolha de dados	37
2.6 População e amostra	38
2.7. Dificuldades encontradas	39
CAPÍTULO III- RESULTADOS ESPERADOS.....	40
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados	40
3.2 Discussão dos resultados	47
CONCLUSÃO	49
SUGESTÕES.....	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema “Cuidados Diferenciados em pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024”.

Em Angola o protocolo de cuidados diferenciados teve o seu início no ano de 1992, em 24 de Novembro de 2010, reforçou a necessidade de um sistema de referência e contra-referência funcional entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, visando melhorar a articulação e a qualidade dos serviços oferecidos à população.

A saúde e bem-estar desde muito cedo se apresentam como base do desenvolvimento para qualquer sociedade, sendo a garantia daquelas, é uma preocupação por parte do Estado e da população em geral. A área da saúde é uma das que apresenta cuidados de saúde diferenciado, focados nas necessidades individuais dos pacientes e nas particularidades epidemiológicas.

Os desafios não são só intrínsecas à própria área, mas resultam também de condicionantes externas. Pode afirmar que a construção de um sistema de saúde universal angolano data de há cerca de uma década, com o fim da guerra civil. O sistema de saúde existente durante a época colonial estava orientado essencialmente para prestar cuidados aos colonos.

Para garantir a prestação de cuidados de saúde existe o “Sistema de Saúde”, que pode ser definido como o conjunto de instituições e serviços que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, sendo em Angola extensivo a todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, constituídos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) público, dependente do Ministério da Saúde; Serviços de Saúde Militar, tutelados pelo Ministério da Defesa e pelos Serviços de Saúde do Ministério do Interior.

Os dois últimos têm como prioridade o atendimento dos seus efectivos e familiares próximos.

O sistema de saúde abrange ainda os estabelecimentos e serviços prestados pelas entidades privadas. Particularmente desde 2005 têm-se conseguido alguns avanços consideráveis no sentido de um alargamento da cobertura dos serviços básicos de saúde (Calado, 2015).

Durante o segundo semestre, tem havido uma preocupação crescente por parte do estado e comunidade em geral sobre o problema de Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, por isso emergiu-nos a necessidade de levantar um estudo da situação que tanto aflige os utentes do referido centro médico para assim, apurarmos as possíveis soluções concernente o caso.

Para o referido tema em questão, surgiu a necessidade de fazermos a seguinte pergunta de partida:

Quais são os cuidados diferenciados em pacientes assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024?

• Hipóteses

Segundo Lakatos e Marconi (2017, p.88), afirmam que hipótese é uma suposição que fazemos na tentativa de explicar o que desconhecemos e o que pretendemos demonstrar, testando as variáveis, poderão legitimar ou não o que queremos explicar ou descobrir. Esclarece a dificuldade específica com a qual se defronta e que se pretende resolver por intermédio da pesquisa. No presente trabalho, elaboramos as seguintes hipóteses:

H1-A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente.

H2-A má selecção da triagem influencia nos cuidados diferenciados em pacientes.

• Objectivos

Para Marconi e Lakatos (2010, p.27), dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.

• Objectivo Geral:

- Analisar os Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024.

• Objectivos Específicos:

- Caracterizar o perfil sóciodemográficas segundo as variáveis: faixa etária, nível académico e tempo de serviço;
- Identificar os Cuidados Diferenciados à Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024;
- Descrever os Cuidados Diferenciados à Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024;
- Propor sugestões que visam melhorados Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024.

• Delimitação e limitação do estudo

a) Delimitação:

O presente tema está delimitado a estudar os Cuidados Diferenciados à Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina, no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024.

b) Limitação:

O nosso trabalho foi limitado à oitenta (80) indivíduos, na qual temos um (1) director do centro, um (1) motorista, Vinte (20) Licenciados, Trinta (30) Técnicos médios e vinte e nove (29) pacientes.

• Justificativa

O tema em questão é pertinente, surgiu a necessidade de justificá-lo na aceção de garantir a importância que norteou a nossa preocupação. Constatamosque, certos utentes não lhes são dada a devida atenção no momento em que esses se encontram nos bancos de urgência, nota-se muitas mortes or falta de cuidados primários, embora haja quem diga que é pela subcarga de pacientes e a insuficiência de profissionais desaúde, mas nós entendemos que são várias situações que resultam em perda de vidas humanas.Os profissionais da saúde, pricipalmente aos que labutam no banco de urgência, devem ser capacitados no sentido de perceber a impressão inicial do

paciente em situação de urgência forma uma “fotografia instantânea” mental que possibilite o reconhecimento rápido de instabilidade fisiológica.

As funções vitais devem ser sustentadas até que se defina o diagnóstico específico e que o tratamento apropriado seja instituído para corrigir o problema subjacente.

Considera-se gravemente enfermo aquele paciente que apresente sinais de instabilidade nos sistemas vitais do organismo, com risco iminente de morte. A detecção precoce dos sinais de deterioração clínica e as abordagens específicas são decisivas para o prognóstico.

Atendendo a realidade que se vive no nosso país, alguns utentes afirmam que existem abandonados devido à má assistência dos profissionais.

• Estrutura do trabalho

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- ❖ No primeiro capítulo abordou-se a fundamentação teórica.
- ❖ No segundo capítulo tratou-se da metodologia de pesquisa.
- ❖ No terceiro capítulo destacou-se os resultados e discussão.

E por fim fizemos menção das conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

CAPÍTULO I-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Definições de termos e conceitos

Neste capítulo, apresentaremos as palavras-chaves extraídas a partir do tema, com o intuito de conceituarmos dos termos.

• Cuidado

Segundo o Ximenes (2013, p. 43), “cuidado é tomar precaução, cautela, encargo, responsabilidade”.

Para Boff (2011, p. 15), “cuidado é um acto ou uma atitude que abrangem momento de atenção, de zelo e representa uma atitude de preocupação e de desenvolvimento afectivo com o outro”.

Para Vale e Pagliuca (2011, p. 23), “cuidado envolvem atitudes de consciência, ética, zelo, solidariedade e amor que expressam um saber-fazer embasado na ciência, na arte, direccionado às necessidades dos indivíduos, da família e da comunidade.

Na nossa óptica cuidado é acção de ajudar os outros, tentar promover o seu bem estar.

• Diferenciado

Para Pagliuca e Vale (2011, p. 25), “diferenciado é estabelecer diferença entre duas coisas, distinção entre dois ou mais elementos”.

De acordo Mahfoud (2020, p. 28), diferenciado é o processo pelo qual duas coisas semelhante se tornam diferentes.

Segundo Ferreira (2015, p. 18), diferenciado é um adjectivo que se distingue em relação aos demais; distinto, diferente.

No nosso entender diferenciado é tudo aquilo que passou no processo de especialização que ocorre num órgão estrutura ou função.

• Paciente

Para Saito e Maeda (2013, p. 19), paciente é o indivíduo que se encontra doente e que espera um tratamento nos profissionais de saúde.

De acordo Calado (2015, p. 13), “paciente é a pessoa que necessita de cuidados especiais e amparo, por um período curto, médio ou longo”.

Segundo Azulay (2013, p. 18), “paciente é uma pessoa que está sendo cuidada por um médico, ou outro profissional da área da saúde referido pelo”.

Na visão de Boff (2011, p. 45), “paciente é alguém que se encontra internado, com fragilidade e necessidade de cuidado individualizado”.

De acordo Ferreira (2015, p. 20), “paciente é um indivíduo que tem paciência; capaz de aguentar algo com resignação recebe cuidados médicos e não se importa em esperar”.

No nosso entender, paciente é toda pessoa que recebe cuidados médicos.

• **Medicina**

Segundo Sá Júnior (2013, p. 15), “medicina é uma das profissões científica e humana que na qual os médicos, são incumbidos a dar tratamentos aos doentes”.

Para Calado (2015, p. 24), “medicina é uma das áreas do conhecimento ligado à manutenção e restauração da saúde”.

De acordo Vale e Pagliuca (2011, p. 25), “medicina é a ciência que estuda a saúde como um todo que tem como objectivo de prevenir e combater doenças manter a qualidade de vida e promover o bem-estar”.

Na nossa visão medicina é uma das muitas áreas do conhecimento ligado à manutenção e restauração da saúde.

• **Banco de urgência**

Segundo Hernandez (2011, p. 29), “banco de urgência é um estabelecimento hospitalar tem áreas de administração, gestão, clínica e consultas externas”.

De acordo Ximenes (2013, p. 30), “banco de urgência serviço que atende vítimas de acidentes ou outras enfermidades”.

Segundo Azulay (2013), banco de urgência é um estabelecimento onde se presta serviços de enfermagem.

No nosso entender banco de urgência é um local onde se realiza actividades hospitalar.

1.2.Breve histórica sobre os cuidados diferenciados em pacientes assistidos no banco de urgência e emergência

A área de urgência e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A emergência médica está relacionada com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo, e a urgência médica é definida como aquela situação que afeta ou coloca em perigo a saúde de uma ou de mais pessoas (Azevedo, 2012).

De acordo com Araujo e Gazzinelli (2011), estabelece as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica.

Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo primeiro define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (Avelar e Paiva, 2010).

As unidades de emergência constituem os meios para o atendimento de pacientes acometidos por agravos de urgência e emergência que ameacem a vida, dispondo de pronta avaliação e mecanismos que propiciam a terapêutica por meio de equipe multiprofissional capacitada (Britanica, 2013).

Nesse contexto, a emergência significa a ação terapêutica imediata visando sanar necessidades humanas básicas que acometem funções vitais da vida, enquanto a urgência se caracteriza por imediata ação terapêutica que visa à recuperação do paciente que com um comprometimento agudo de suas necessidades humanas básicas, mas que não proporcionem risco de morte iminente. Assim, o objetivo das unidades de emergência é prestar serviços médicos imediatos com qualidade, segurança e de forma contínua, baseados em programas de cooperação, orientação e desenvolvimento de práticas específicas (Brustoloni, 2011).

1.3. Protocolo de cuidados diferenciados

Protocolo de cuidados diferenciados é uma abordagem adotada por vários países, em particular em Angola, para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento, esse modelo de atendimento busca adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas dos pacientes, reduzindo a sobrecarga das unidades de saúde e proporcionando um atendimento mais eficiente e humanizado (Minayo e Deslandes, 2018).

Portanto em Angola, os cuidados diferenciados de saúde são organizados em três níveis principais:

- Nível primário: Constituído pelos cuidados primários de saúde, prestados e centros em unidades como postos e centros de saúde, focados na prevenção e tratamento de doenças comuns.

- Nível secundário: Compreende a rede hospitalar polivalente, oferecendo serviços médicos e cirúrgicos mais especializados.

- Nível terciário: Inclui hospitais de atenção especializada diferenciada e estabelecimentos especializados, destinados a casos que requerem intervenções altamente especializadas.

A implementação de modelos diferenciados de serviços é uma abordagem centrada nas necessidades das pessoas, esses modelos asseguram que o atendimento seja adaptado ao estado clínico do paciente, proporcionando cuidados no momento e frequência adequados, no contexto apropriado e com o profissional de saúde competente (Machado, 2017).

• Classificação dos pacientes

Os pacientes serão classificados conforme suas necessidades e condições específicas, incluindo:

- Pacientes crónicos
- Pacientes com mobilidade reduzida
- Pacientes com necessidades psicológicas especiais
- Pacientes pediátricos
- Pacientes idosos.

- **Cuidados específicos por grupo**

- Pacientes crônicos: Monitoramento contínuo das condições, ajustes e suporte educacional sobre a doença.

- Pacientes com mobilidade reduzida: Acessibilidade garantida, assistência na localização e suporte contínuo para evitar complicações.

- Pacientes com necessidades psicológicas: Abordagem humanizada, suporte psicológico e ambiente acolhedor.

- Pacientes pediátricos: Uso de linguagem lúdica, presença dos responsáveis e ambiente adaptado para minimizar o medo.

- Pacientes idosos: Avaliação de fragilidade, prevenção de quedas e acompanhamento multidisciplinar contínuo.

- **Monitoramento e avaliação**

- Revisão periódica dos protocolos e ajustes conforme necessário.

- Avaliação da satisfação do paciente e de seus familiares.

- Capacitação contínua da equipe para aprimoramento das práticas de cuidado.

- **Diretrizes gerais de atendimento**

- Atendimento respeitoso e empático, considerando as particularidades de cada paciente.

- Comunicação clara e acessível, adaptada à compreensão do paciente.

- Garantia de privacidade e conforto durante os procedimentos.

- Coordenação entre equipe multidisciplinar para garantir abordagem integrada.

1.4. O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

O serviço de APH móvel representa um esforço conjunto das três esferas do governo, sendo dotado de estrutura física e equipe multiprofissional: profissionais de enfermagem, médicos e profissionais de apoio, a disposição 24 horas por dia em condições de prestar suporte básico e avançado de vida (Brito & Silva, 2012).

A principal característica do serviço de APH consiste em atender a vítima nos primeiros minutos após o agravo, de maneira a prestar atendimento adequado e transporterápido para um estabelecimento de referência (Martins & Prado, 2013).

Tem o objetivode estabilizar as condições vitais e reduzir a morbimortalidade, por meio de condutasadequadas durante a fase de estabilização e transporte, assim como as iatrogenias que possamculminar com adventos variados, desde as incapacidades físicas temporárias ou permanentesaté a morte (Boff, 2011).

Dados históricos evidenciam que o APH surgiu no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro,em 1893, como medida de intervenção por parte do Estado, através do Setor de Saúde eSegurança Pública. Sua finalidade era proporcionar atendimento precoce, rápido, comtransporte adequado a um serviço emergencial definitivo, a fim de diminuir os riscos,complicações, sequelas e aumentar a sobrevida das vítimas (Castro e Tourinho, 2011).

Por definição, o APH é qualquer assistência realizada fora do ambiente hospitalar,utilizando meios e recursos disponíveis, com resposta adequada à solicitação. Portanto, podevariar desde uma simples orientação telefônica ao envio de uma ambulância de suporte básico ou avançado até o local do evento, visando a manutenção da vida, prevenção de agravos e atémesmo à minimização de sequelas (Cabral e Souza, 2018).

Já o Ministério da Saúde conceitua APH como a assistência prestada em um primeironível de atenção, aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática oupsiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sequelas ou atémesmo a morte (Dino, 2013).

O modelo de APH adotado no Brasil foi o modelo francês de atendimento, em que asviaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico, diferentementedos moldes americanos em que as atividades de resgate são exercidas primariamente porprofissionais paramédicos (Fonseca, 2017).

Em São Paulo, no ano de 1989, foi criado o Projeto Resgate ou SAMU, chefiado porum capitão médico, baseado no modelo francês, mas com influências do sistema americanoque foi adaptado à realidade local (Hernandes, 2011).

De acordo com estas autoras, o Projeto Resgate vinculou-se inicialmente ao Corpo de Bombeiros e, na ocasião, os profissionais bombeiros eram capacitados através de um curso nacionalmente padronizado e denominados de agentes de socorros urgentes, hoje conhecido de socorristas (Law, 2017).

Devido o corpo de bombeiros não ser uma instituição de saúde, o Projeto Resgate encontrou vários obstáculos, principalmente quanto à limitação da responsabilidade moral, ética, penal, civil e, sobretudo limitação do conhecimento científico. Mediante estas limitações tornou-se inviável ao corpo de bombeiros assumir a atribuição assistência pré-hospitalar de saúde avançada (Ladeira e Barreto, 2010).

Por isso, e com base em protocolos padronizadores da assistência, o corpo de bombeiros passou a responder por atendimentos de suporte básico de vida (Marques e Ciconet, 2011).

A regulamentação dos serviços de APH no Brasil ocorreu por, Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, denominando o atendimento pré-hospitalar móvel como Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU). Este serviço deve ser entendido como uma atribuição da área de saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe de profissionais, frotas de veículos compatíveis com as necessidades da população (Minayo & Deslandes, 2018).

Nesse período, foi dimensionada sua real função frente à população local e às autoridades competentes, vinculando de forma definitiva, o atendimento médico emergencial ao paciente crítico, agora em ambiente pré-hospitalar (Machado, 2017).

Reconhecendo a prioridade da organização e qualificação da atenção às urgências, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências por meio da Portaria 1863, de 29 de maio de 2003 (Martins e Prado, 2013).

Em 2004, o SAMU foi definitivamente oficializado pelo MS, por meio do Decreto nº. 5.055, sendo acompanhado por várias portarias que o regulam de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Mateus, 2013).

Este serviço, sendo parte do Sistema de Saúde, deve ter um papel integrador das ações realizadas nas instâncias da assistência, comunidade e colaborar na formulação de medidas e intervenção nas diferentes áreas do Sistema, como trânsito, locais de

trabalho e nos poderes públicos. Além disso, deve atuar como um sinalizador de problemas a serem enfrentados, na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento às urgências, diminuir o tempo de internação hospitalar e os prognósticos de reabilitação (Pereira e Lima, 2016).

O sistema APH se divide em serviços móveis e fixos. O pré-hospitalar móvel, que constitui o foco deste estudo, tem como missão o socorro imediato das vítimas, que são encaminhadas para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar (Romazzini e Bock, 2010).

O atendimento pré-hospitalar, seja móvel, seja fixo, tem como premissa o fato de que dependendo do suporte imediato oferecido à vítima, lesões e traumas podem ser tratados sem gerar sequelas significativas (Stuttard & Pinto, 2011).

No contexto do APH, as ações são divididas em suporte básico (SBV) e suporte avançado de vida (SAV). O SBV é a estrutura de apoio oferecida a vítimas com risco de morte desconhecidas por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras não invasivas, tais como: imobilização cervical, contenção de sangramento, curativo oclusivo e imobilização em prancha longa (Teixeira, 2010).

Inclui ainda ações que visam à qualidade da circulação e oxigenação tecidual, aumentando a chance de sobrevivência. O SAV corresponde à estrutura de apoio oferecida por profissionais médicos onde há risco de morte, por intermédio de medidas não invasivas ou invasivas, tais como: intubação endotraqueal, toracocentese, drenagem torácica, pericardiocentese (Wooldridge, 2010).

1.5. As competências do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgência

Na enfermagem, assim como em outros setores, a emergência configura-se como serviço de política, comunicação, interação e cuidados específicos, pautados por embasamento científico, e possui também como objetivo coletivo recuperar ou diminuir agravos de saúde. Contudo, o trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no APH é uma prática relativamente nova para os padrões de enfermagem tradicional (Owasp, 2014).

A princípio, as especificidades da atuação do enfermeiro no APH foram delimitadas por legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem, ou seja, o exercício deste profissional, posteriormente regulamentada (Maes, 2010).

A legislação supracitada habilita os profissionais de enfermagem para atuarem no atendimento pré-hospitalar aos pacientes e ações administrativas e operacionais em sistemas de atendimentos pré-hospitalares (Nikolai & Madey, 2019).

Outra deliberação quanto à atuação da Enfermagem no APH foi a Resolução n. 225 de 28 de fevereiro de 2000, expedida pelo Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância, tornando legal, para os profissionais da enfermagem, a prática de cumprir prescrições médicas via rádio ou telefone em casos de urgência (Nwana, 2011).

Pré-requisitos gerais do profissional enfermeiro para atuação, disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipes (Fonseca, 2017).

Desta forma, o grau de capacidade técnica se torna imprescindível ao atendimento emergencial no Suporte Avançado de Vida, destacando a capacidade de formação para atuação do enfermeiro nesses serviços, bem como, a necessidade de pré-requisitos específicos, que amparados à lei do exercício profissional, tornam o enfermeiro profissional realmente necessário ao serviço (Ferreira, 2015).

De acordo com Hernandes (2011, p. 77), são elencadas as atribuições do enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades no SAMU, a saber:

- Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel;
- Executar prescrições médicas por telemedicina;
- Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia;
- Participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde

emergências, particularmente nos programas de educação continuada;

- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

Nesse contexto, compete ao enfermeiro assumir o papel do enfermeiro de articuladorna integração da equipe que atua no APH, contribuindo para a criação de um ambiente deinter-relação entre os diversos atores, além de ser reconhecida como coordenadora da equipedede enfermagem (Hernandes, 2011).

Esta equipe constitui um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulaçãomédica e a equipe socorrista, entre a coordenação do serviço e a equipe, pois transita emquase todos os espaços, atuando na equipe básica, juntamente com médico no suporteavançado, responsabilizando pelo gerenciamento do serviço (Mahfoud, 2020).

1.6. Importância do SAMU nos atendimentos emergenciais

De acordo Marques e Ciconet (2011, P. 64), a importância do SAMU na assistência ao paciente em situação de urgência eemergência é descrita em função das possibilidades de efetivaçãode boas práticas de saúde. O objetivo do SAMU é dar atendimento de qualidade com arapidez exigida em cada circunstância, sendo, sob este aspecto, um atendimento resolutivo.

Na mesma sequência de ideias, segundo os autores, tal resolutividade não se efetivará na vida da pessoa assistida se orestante dos serviços de saúde atuar de forma desarticulada, com um modelo assistencialfragmentado, visualizando e cuidando apenas de partes do corpo biológico.

Segundo Martins e Prado (2013, p. 69), em seus estudos de revisão da literatura, destacam aimportância do SAMU nos Sistemas de Saúde do Brasil, por permitir a hierarquização eregionalização dos serviços na atenção às urgências, bem como reduzir a lentidão doatendimento e a lotação dos hospitais e pronto-socorros.

Contudo, a visão das autoras é de que esse tipo de atendimento lida com características que lhes são peculiares, como a própria dinâmica do serviço, que consta com ambulâncias de espaço restrito, movimentação constante, péssimo estado de conservação das ruas, avenidas e estradas.

Na visão de Mateus (2013, p. 34), no estudo de corte transversal, para conhecer as características dos acidentes e das vítimas de acidentes de trânsito em Belo Horizonte (MG), que usaram o serviço de atendimento pré-hospitalar, evidenciaram a eficiência do SAMU, uma vez que o transporte pelo APH está associado a um menor tempo entre a ocorrência do acidente e a chegada ao hospital.

Essas são duas características essenciais de um serviço de atenção pré-hospitalar e figuram entre seus principais objetivos, a análise do perfil da demanda por serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência elaborada para descrever o perfil epidemiológico das ocorrências atendidas pelo SAMU em uma cidade do nordeste brasileiro, comprova que as doenças do aparelho circulatório e acidentes de transportes estão entre os agravos prevalentes atendidos em situações de emergência.

Os autores consideram que estudos desta natureza são importantes na medida em que possibilitam produzir informações úteis às esferas gestoras do setor saúde (Ladeira e Barreto, 2010).

Da mesma forma, os autores Mahfoud (2020, p. 63), para identificar e analisar diagnósticos de enfermagem que constituem fatores de risco para óbito, em vítimas de trauma, nas primeiras 6 horas após o evento, concordam que essa identificação pode contribuir em cuidados mais direcionados e sistematizados, além de favorecer a documentação de enfermagem.

Para Marques, Lima e Ciconet (2011), o SAMU despontou com um enorme potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências através das Centrais de Regulação. Estas são ferramentas importantes na inclusão e garantia de acesso equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza, além de serem indispensáveis para o planejamento e gestão dos serviços.

Segundo (Minayo & Deslandes (2018), a análise sobre a implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras, concluíram que este sistema é hoje um bem que o setor de saúde oferece à sociedade.

As pesquisadoras consideram que este tipo de serviço surgiu para oficializar, padronizar e regular um subsistema fundamental para salvar vidas, tendo sua eficácia já comprovada em vários países do mundo (Martins e Prado, 2013).

Contudo, elas recomendam que os administradores do SUS invistam na sua continuidade, no aperfeiçoamento de sua implantação e implementação e no seu monitoramento, buscando excelência e integração com todo o sistema de urgência e emergência (Minayo & Deslandes, 2018).

Um dos esforços para alcançar a excelência no APH encontra-se regulamentado do Ministério da Saúde, que define o APH e suas finalidades, bem como os serviços de atendimento pré-hospitalar móveis que devem contar com equipe de profissionais ligados ou não à área da saúde (Law, 2017).

Entretanto, como confirmam o Mateus (2013), apenas há pouco tempo houve o crescimento da Enfermagem na área de emergência no Brasil, e, ainda assim, não existia um consenso entre os Conselhos de Classe, bem como leis específicas que caracterizassem as atribuições do profissional enfermeiro neste serviço.

1.6.1. O papel do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel (APHM)

Segundo Mateus (2013, p. 88), a análise das publicações que tratam deste assunto, constatou-se que a formalização de uma política para assegurar a sobrevivência do indivíduo como cidadão, com direito e condições de acesso a serviços de saúde, inclui a inserção de profissionais qualificados que possuam competência técnico-científica e dignidade para atuar no APH.

Este passa, então, a ser uma especialidade da enfermagem que surge junto com um crescente número de serviços de emergência pré-hospitalar no Brasil, devido a uma demanda provocada por acidentes de trânsito, atropelamentos, violências (agressões, quedas etc.) e emergências clínicas diversas (Minayo & Deslandes, 2018).

No estudo bibliográfico de carácter histórico, para identificar marcos históricos da inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar, mencionam que a incorporação do(a) enfermeiro(a) no atendimento pré-hospitalar não é nova, pois esteve presente nas grandes guerras; mas sua presença só foi bem evidenciada no Brasil a partir da década de 1990 (Fonseca, 2017).

Para as autoras, a atuação do profissional nesta área da saúde depende, necessariamente, de formação e experiência profissional. Sendo esta a mesma visão, a importância primordial da educação e capacitação da equipe para atuar no APH móvel, cujas atribuições exigem qualificação específica devido à complexidade das ações deste serviço (Ferreira, 2015).

A relevância do desenvolvimento de competências e habilidades que capacitem o enfermeiro a lidar com estresse, tomar decisões rapidamente, definir prioridades e saber trabalhar em equipe é visualizada nos estudos de (Ramos & Sanna, 2015).

Segundo Brustoloni (2011), há um consenso nos resultados destes estudos de que o desenvolvimento de habilidades do enfermeiro para atuar no APH móvel se deve à sua participação ativa na equipe de APH e por assumir em conjunto com a equipe a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas.

Conforme os autores, o enfermeiro atua onde há restrição de espaço físico e em ambientes diversos, em situações limites de tempo, da vítima e da cena e, portanto, são necessárias decisões imediatas, baseados em conhecimento e rápida avaliação (Boff, 2011).

Estudos realizados por Araujo e Gazzinelli (2011), para analisar as representações sociais dos profissionais de saúde das Unidades de Pronto Atendimento sobre Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de quatro Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte-MG, revelaram que os profissionais de enfermagem no cotidiano de atendimento das urgências representam a maior parte dos profissionais de saúde e pode-se inferir que boa parte dessa representação social explicitada condiz com a representação das equipes de enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Para Azevedo (2012), a enfermagem tem papel fundamental no atendimento pré-hospitalar móvel com funções na assistência, treinamento e gerenciamento. Toda a essencial importância na qualidade do atendimento prestado às vítimas.

A presença do enfermeiro no atendimento das ocorrências, conforme as autoras, proporciona maior segurança na tomada de decisões e tranquilidade à equipe, além de ter iniciativa e satisfação em ajudar, sem medir esforços, agindo sempre em benefício do paciente (Avelar e Paiva, 2010).

O enfermeiro como membro da equipe contribui na realização das intervenções e procedimentos durante o atendimento, a fim de aumentar a sobrevivência das vítimas (Bilge & Saka, 2015).

O exercício profissional é determinante do espaço social das profissões devido à sua complexidade e, por vezes, exigente, como mostra os resultados de um estudo de abordagem qualitativa para investigar a percepção dos enfermeiros e auxiliares que compõem a equipe do SAMU de uma cidade no interior de Minas Gerais (Britânica, 2013).

Os autores Brito & Silva (2012), consideram que a atuação do enfermeiro na equipe móvel de pré-atendimento hospitalar está ligada diretamente ao paciente no estado grave sob o risco iminente de morte.

As atividades desses profissionais não se restringem ao atendimento da vítima, sendo necessário realizar serviços administrativos e operacionais peculiares nesse tipo de atendimento. Sendo assim, as pesquisadoras recomendam a construção de uma assistência qualificada ao paciente, cuja metodologia de trabalho deve ser clara, prática e coerente com a realidade local (Brustoloni, 2011).

Colabora para este entendimento, a conclusão dos estudos de Calado (2015), ao analisarem como tem se configurado a identidade de enfermeiros que trabalham no SAMU.

Para as autoras, o contato com a realidade e a aprendizagem construída diariamente no APHM, mediante a troca de experiências com os demais membros da equipe, exercem papel fundamental na atuação do profissional enfermeiro, contribuindo para uma conduta mais assertiva na construção de um projeto identitário peculiar nesse espaço de trabalho (Castro e Tourinho, 2011).

Segundo Fonseca (2017), também reconhecem que a atuação do enfermeiro contribui para os resultados do processo de assistência, de gestão de materiais e equipamentos, de comunicação com outros atores sociais e, conseqüentemente, da atuação do próprio SAMU. A forma como ele se percebe neste contexto específico pode determinar sua atuação.

Ele é responsável pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte (Ferreira, 2015).

Cabe também a ele, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar, supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe do APH móvel, dentre outras funções específicas (Cabral e Souza, 2018).

1.6.2. Desafios do enfermeiro para atuar no APH

Ao investigar sobre o papel do enfermeiro no APH e os desafios dele decorrentes, Castro e Tourinho (2011), argumentam sobre as dificuldades de descrever todos os procedimentos de maior complexidade que o enfermeiro pode assumir.

Na verdade, esses procedimentos estão relacionados com competência legal, capacitação técnica, segurança e coerência na adoção de medidas e tomada de decisões, tendo em mente as consequentes responsabilidades pelos seus atos, como afirma as autoras (Azevedo, 2012).

Segundo Araujo e Gazzinelli (2011), em relação à atuação dos enfermeiros do SAMU, identifica-se na pesquisa de que a mesma está constantemente cercada de desafios, pois eles se deparam com diferentes e complicadas situações, como realizar atendimentos em locais de difícil acesso, múltiplas vítimas, dentre outros.

Na visão dos autores acima, desafios estes que, exigem prontidão, conhecimento técnico-científico, condicionamento físico, incluindo inclusão de educação comunitária, capacitação profissional, avaliação de recursos humanos e materiais, na dinâmica e qualidade da atenção.

Além destes desafios, os autores Brito, Sá e Silva (2012), na pesquisa quantitativa com a equipe de enfermagem do SAMU de Floriano-PI, revelam que a maior dificuldade enfrentada pelos enfermeiros é a falta de materiais no serviço. Já na pesquisa bibliográfica, a desvalorização do profissional, baixa remuneração salarial, sobrecarga e as condições de trabalho, são os maiores desafios vivenciados pelos profissionais da Enfermagem nos serviços de APH (Dino, 2013).

As condições e jornada de trabalho também são apontadas no estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por Martins & Prado (2013), em entrevistas com sete enfermeiros do SAMU, em Mossoró RN.

Apesar do crescimento das áreas de atuação dos enfermeiros e de todo o arcabouço legal que os rege, falta clareza acerca de suas atribuições em serviços como

os SAMU, evidenciando a necessidade a aquisição de competências específicas para trabalhar nesta área (Azevedo, 2012).

Esta constatação reforça a importância do planeamento de programas de capacitação e especialização direccionados aos enfermeiros que atuam em APH (Minayo & Deslandes, 2018).

1.6.3. Situação da Saúde em Angola

Segundo Law (2017), a primeira dificuldade que se coloca quando é necessário traçar um quadro geral da saúde em Angola é a inexistência de dados actualizados em quantidade e qualidade suficientes, quer em relação à informação directamente relacionada com a saúde, quer em relação a outros factores que influenciam grandemente o estado de saúde das populações, como as condições sanitárias.

De uma forma geral, avaliando os principais indicadores de saúde utilizados, o estado da saúde da população angolana caracteriza-se por uma esperança de vida baixa, uma mortalidade infantil e materna elevada, uma alta prevalência de doenças transmissíveis associadas a condições sanitárias deficientes (Law, 2017).

Apesar dos progressos registados nos últimos anos nos indicadores de saúde, estes valores continuam a colocar Angola numa situação pior do que a média regional e mundial.

1.6.4. Organização do sistema público de saúde

Na visão de Maes (2010), as unidades que prestam cuidados de saúde em Angola são classificadas e agrupadas hierarquicamente em:

- Cuidados primários: São a primeira linha de contacto das populações com o sistema de saúde e incluem: posto de saúde e centro de saúde (entidades de nível comunitário).

- Cuidados secundários: São as instituições de referência para os cuidados de nível primário e são constituídos pelos centros de saúde de referência e pelos hospitais municipais.

- Cuidados terciários: Constituem o nível de referência para as entidades dos cuidados secundários e são prestados pela rede de cuidados diferenciados (hospitais gerais, centrais e de especialidade e estabelecimentos e serviços especiais).

A característica mais notória a nível da organização do sistema de saúde é o processo de descentralização que o Governo tem levado a cabo (Nikolai & Madey, 2019).

Como exemplo destas medidas de descentralização, temos a passagem da responsabilidade pelo atendimento primário do nível provincial para o municipal e o apoio dado às entidades municipais e provinciais para que se tornem mais autónomas a nível de planeamento, administração e orçamentação (Nwana, 2011).

A descentralização, acompanhada de um reforço das infra-estruturas de saúde e outras, visa permitir um acesso mais fácil às instituições e constitui uma aposta nos serviços de atendimento primário e consequentemente na prevenção de doenças e educação para a saúde que são essencialmente da responsabilidade deste tipo de serviços (Law, 2017).

Por outro lado, o sistema de referência e contra-referência proposto pelo Ministério da Saúde, que é usado para reencaminhar os utentes entre as unidades de saúde dos diversos níveis de cuidados, tem uma operacionalidade limitada, não é suficientemente detalhado e a informação não flui tão célere e eficazmente quanto necessário entre as diversas entidades. Ora isto, de certa forma, não permite um maior sucesso da descentralização (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Owasp, 2014).

1.6.5. Prestação de serviços de saúde

Foi feito um esforço na criação de infra-estruturas orientadas por mapas sanitários provinciais para atendimento de cuidados de saúde primários tendo a cobertura deste tipo de cuidados crescido (Maes, 2010).

Não existe ainda uma sensibilidade notória para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. As entidades não são orientadas para melhorar o desempenho e a eficiência na prestação dos seus serviços de saúde (Owasp, 2014).

Algumas entidades, como as unidades que prestam cuidados de saúde primários, não têm a autonomia orçamental suficiente e dessa forma não se sentem incentivadas a fazer o planeamento da utilização dos recursos, os profissionais da área da saúde não recebem incentivos monetários ou outros associados à produtividade ou à qualidade dos serviços que prestam (Nwana, 2011).

Os vencimentos consistem numa parte fixa e noutra relativa a vários subsídios, mas também os incentivos que promovem a fixação destes recursos em zonas rurais ou remotas não são suficientes para estimular uma distribuição mais equilibrada desses recursos pelo país (Pagliuca e Vale, 2011).

A informação sobre recursos, utilização dos serviços, quadro epidemiológicos ou informação sobre os utentes, que é recolhida pelas unidades que prestam cuidados de saúde primários, não é passada para as entidades com capacidade de atribuir orçamentos (Maes, 2010).

De uma forma geral, a problemática da falta de acesso à informação é extensível quer às diversas entidades e unidades do sector da saúde (essencialmente causada por problemas de coordenação entre as mesmas) quer também em relação à informação que deveria ser divulgada pelo sistema nacional de saúde para os utentes desses serviços ou outras pessoas interessadas (Pereira e Lima, 2016).

De salientar, no entanto, que já se começa a fazer notar alguma divulgação de informação, nomeadamente através do sítio do MINSA disponível na internet, apesar ter sido apontado que este meio é algo elitista, levando em conta a elevada iliteracia da população e o mau estado das infra-estruturas de comunicação. O esforço que se tem feito na área dos sistemas de informação da saúde tem sido mais notório desde 2005 (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Saito e Maeda, 2013).

Desde essa altura têm-se elaborado mapas sanitários provinciais que são usados como base para tomar decisões a nível da gestão das entidades de saúde municipal. Também existem progressos a nível da utilização de um sistema de inventariação de medicamentos (Sá Júnior, 2013).

1.6.6. Recursos materiais

Os equipamentos e recursos materiais utilizados na área da saúde enfrentam de três problemas: são insuficientes em relação à procura por exemplo camas, material para análises clínicas, equipamento básico (Vale & Pagliuca, 2011).

A insuficiência de recursos está directamente relacionada com o planeamento do aprovisionamento (que é prejudicado pela falta de informação sobre a utilização dos

serviços), com restrições a nível orçamental e com a falta de um sistema de inventário dos recursos actualizado e exaustivo (Wooldridge, 2010).

Em particular, no caso das urgências hospitalares, a distribuição inadequada dos utentes agudiza a visibilidade das lacunas neste âmbito dos recursos materiais (Romazzini e Bock, 2010).

1.7. Agentes na saúde e papéis desempenhados

De acordo com Brustoloni (2011), neste trabalho consideram-se quatro grupos de agentes fundamentais para o sistema de saúde, considerando a função e importância que estes têm na tração de políticas de gestão do serviço de saúde:

Decisores políticos (responsáveis por traçar as políticas do sector da saúde) e gestores do Ministério da Saúde (e de outras entidades que são relevantes para estabelecer ou condicionar orientações, como o Ministério das Finanças), organismos reguladores, entidades de supervisão.

A elaboração e execução de políticas são a principal responsabilidade destes agentes e como exemplo podem ser dadas a elaboração de estratégias para a saúde municipal; a regulação, planeamento e capacitação do sector; o estabelecimento de programas de saúde pública; a concretização de políticas através da gestão de entidades hospitalares (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Romazzini e Bock, 2010).

Entidades que prestam cuidados de saúde, que podem ser, entre outras, postos e centros de saúde, hospitais públicos ou privados, empresas farmacêuticas, fornecedores de material e de serviços ligados à área hospitalar.

De acordo com o Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Vale & Pagliuca, 2011), utente que recorrem às entidades ligadas à prestação de cuidados de saúde para prevenir ou tratar de problemas de saúde.

Por tipos de doença (contagiosa/não contagiosa; crónica/aguda, etc), por serviços a que necessita recorrer (saúde pediátrica; cuidados materno-infantis; serviços de urgência; consultas hospitalares), por características demográficas, Prestadores de cuidados médicos e paramédicos, que engloba os médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, parteiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, socorristas (Nwana, 2011).

A amplitude das diferentes funções destes profissionais é um factor que acrescenta um elevado grau de complexidade à gestão e à optimização das políticas de saúde. No contexto angolano existe também o recurso pelas populações (especialmente por motivos económicos, geográficos ou sociais ou pela ineficácia da resposta dada pela medicina moderna), à medicina tradicional angolana, praticada por curandeiros e parteiras tradicionais (Owasp, 2014).

No entanto, estes agentes não foram considerados nesta proposta tendo em conta o carácter informal das suas actividades, porque está fora do controlo das autoridades competentes (Maes, 2010).

1.7.1. Profissionais de saúde, principais desafios

Segundo Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Pagliuca e Vale, 2011), referentes a 2009, o sector público da área da saúde tem cerca de 67000 trabalhadores, sendo que aproximadamente 38000 são prestadores de cuidados médicos e paramédicos. Angola enfrenta ainda três desafios em relação ao pessoal médico e paramédico: a quantidade, a distribuição dos recursos e a sua capacitação técnica.

Em relação à quantidade de recursos humanos, há dois constrangimentos: por um lado, um número insuficiente de médicos (Angola tem 0,8 médicos por cada 10000 habitantes, quando a média da região é de 2,3 – OMS 2009) e, por outro lado, existe uma proporção excessiva de recursos no nível técnico básico (Pereira e Lima, 2016).

O desafio é dar formação a estes técnicos, por forma a passarem para o nível intermédio, e também continuar o esforço que tem sido feito para colmatar a falta de médicos – para resolver o problema no médio prazo foram criadas mais cinco faculdades de medicina e no curto prazo optou-se pelo recurso temporário a médicos expatriados (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Teixeira, 2010).

Geograficamente, a distribuição dos profissionais é desequilibrada, sendo que algumas províncias são mais deficitárias na quantidade de médicos e restantes trabalhadores da saúde do que a globalidade do país (Wooldridge, 2010).

Adicionalmente a estes desequilíbrios entre as diversas províncias, existem também diferenças entre os meios urbanos e meios rurais, favorecendo os primeiros (Mahfoud, 2020).

As faculdades de medicina que foram criadas nas províncias (Benguela, Cabinda, Huambo, Huíla e Malanje) poderão eventualmente contribuir para a distribuição mais igualitária dos profissionais, mas para tal têm que se criar incentivos à sua permanência nas áreas mais desfavorecidas (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Minayo & Deslandes, 2018).

O nível de qualificação dos prestadores de cuidados médicos e paramédicos ainda não é o desejado. As acções a concretizar são dar formação de base, mesmo no posto de trabalho, a muitos técnicos que não a possuem e fazer uma actualização permanente aos conhecimentos do pessoal que, tendo formação para as funções que executam, a mesma já não se encontra actualizada (Machado, 2017).

A dispersão dos dados referentes aos recursos humanos por vários organismos (MINSA, Ministério da Administração Pública e Emprego e Segurança Social, Ministério da Finanças, Ordem dos Médicos, entre outros) e a inexistência de um mecanismo de coordenação para reunir, padronizar, tratar e monitorizar aqueles faz com que não exista informação ampla, actualizada e cabalmente fiável sobre os profissionais da área da saúde em relação à quantidade, habilitações e aptidões desses profissionais (Martins e Prado, 2013).

É consensual a melhoria que se tem verificado no sistema de saúde angolano, que se consegue com um aumento do investimento governamental nesta área e se reflecte mais notoriamente nos cuidados de saúde primários e na melhoria contínua dos indicadores de saúde de Angola.

Apesar do caminho que se tem feito ser positivo, ainda existem ameaças ao desenvolvimento do sistema de saúde pública angolana que advêm de lacunas ao nível da transparência, da incipiente organização do sistema de informação de saúde e da responsabilização de entidades nesta área; das fracas condições de saneamento básico e acesso a água potável e da elevada taxa de analfabetismo (Mateus, 2013).

1.7.2. Optimização de fluxos das emergências hospitalares

Segundo Brustoloni (2011, p.30), “estes sistemas são utilizados na gestão de emergências, de pacientes, de tarefas e workflows dentro do hospital, tornando mais eficiente a gestão dos recursos e auxiliando o pessoal médico no acesso móvel a registos médicos relevantes para o contexto de emergência médica ou outros”. Podem destacar-se:

ED-MAS (Emergency Department Multi-Agent System) é apresentado um protótipo baseado em SMA para gerir e coordenar dinamicamente em tempo real o escalonamento das actividades necessárias para o tratamento de pacientes num serviço de urgências hospitalares de forma a optimizar os recursos (Mahfoud, 2020).

O escalonamento está dividido em três fases: (1) aplicação das regras das prioridades criando uma lista de espera; (2) avaliar a possibilidade de inserir ou não os doentes recém-chegados na lista de espera; (3) obrigar que uma tarefa em curso termine para que seja atendido um doente recém-chegado de maior gravidade (Mateus, 2013).

Segundo Maes (2010), este projecto apresenta um protótipo baseado em SMA distribuídos para simular o escalonamento dos pacientes num hospital, em ambientes estocásticos, com vários graus de liberdade.

O objectivo deste projecto é a minimização do tempo de permanência do paciente na unidade de cuidados de saúde e a optimização da utilização dos recursos hospitalares. Para alcançar esses objectivos implementou-se um mecanismo de coordenação baseado em leilões entre paciente e recursos, que por sua vez são modelados como agentes autónomos (Calado, 2015).

Cascom Intelligent Services Coordination in the Semantic Web, este projecto utiliza SMA, Web Semântica e tecnologia ponto-a-ponto para fornecer um serviço de apoio à saúde idealizado para utilização num contexto de emergência médica, disponibilizando o histórico de saúde do paciente e facilitando a tomada de decisão por parte do profissional de saúde nesse contexto (Maes, 2010).

Carrel Increasing Human-Organ Transplant Availability: Argumentation-Based Agent Deliberation, é um sistema para gestão de transplantes entre diferentes instituições (Britanica, 2013).

Carrel é proposto um modelo de argumentação para a selecção de órgãos designado “Proclaim” com um agente mediador para decidir a viabilidade da utilização do órgão em relação a um doador e um receptor (Brito & Silva, 2012).

1.7.3. Optimização no Sistema de Emergência Médica

Para o problema que se analisa neste capítulo, a optimização de políticas para o sistema de emergência hospitalar pode ser encarada de dois pontos de vista distintos: por parte dos utentes e por parte dos prestadores de cuidados de saúde. Para os utentes, optimizar significa diminuir o seu tempo de espera e atendimento no serviço de saúde e minimizar a taxa de mortalidade (Brustoloni, 2011).

Para as entidades prestadoras de cuidados de saúde, optimizar significa racionalizar a ocupação dos recursos disponíveis, que podem ser limitados, e minimizar as desproporções no acesso aos mesmos (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Bilge & Saka, 2015).

A concretização do objectivo de optimização obriga a perceber o funcionamento e a compreender as particularidades do investimento público no sector da saúde, ter sensibilidade quanto às necessidades dos utentes, conhecer os diferentes métodos de avaliação das políticas públicas e escolher a metodologia mais adequada (Dino, 2013).

Segundo Minayo & Deslandes (2018), nos processos sociais complexos, e em particular de sociedades humanas, é frequente a utilização de teorias e modelos, em detrimento da simulação.

Com a utilização da simulação social para estudar soluções para os serviços de urgências hospitalares, constrói-se uma ideia clara do problema e contribui-se para perceber a questão, criando um modelo computacional robusto, útil e preciso, atribuindo a cada parâmetro da simulação um determinado valor (Hernandes, 2011).

A utilização da simulação permite colocar o esforço sobre o modelo, ao invés de sobre os dados, que é a forma clássica de estudar este tipo de problema (Machado, 2017).

De acordo com Mateus (2013), no âmbito da avaliação de políticas, utilizam-se normalmente diversas abordagens para construir sistemas de simulação social. Teorias e modelos conceptuais que são expressos de forma textual ou, mais habitualmente, através de equações (como a econometria, a

econofísica ou a previsão económica); Modelos computacionais, usualmente baseados em sistema multiagente.

Os modelos computacionais baseados em agentes, para além de uma componente analítica robusta também são eficazes na forma como apresentam os resultados, permitem realizar experimentações em sistemas sociais artificiais que não seriam possíveis efectuar nas populações humanas (Owasp, 2014).

Uma abordagem tradicional utilizada para avaliar a implementação dos modelos delineados é a econométrica, dependente de funções de utilidade e baseada em comportamentos individuais esperados relativamente homogéneos (Pereira e Lima, 2016).

Apesar de ser um campo amplamente estudado e que permite a avaliação de hipóteses, para o caso concreto que se trata nesta proposta não é uma abordagem vantajosa: por um lado, exige uma quantidade de dados detalhados e de boa qualidade e por outro lado, uma alteração mínima nas suposições pode implicar resultados díspares, o que dificulta o seu uso para efectuar previsões correctas (Teixeira, 2010).

De acordo Ahn, Blum & Langford (2014), a previsão económica também tem sido utilizada neste tipo de problema, mas prever com um grau de exactidão que seja útil para estabelecer das políticas, neste tipo de metodologia, exige a definição dum modelo da realidade tão completo quanto possível do qual se possam extrair previsões.

No entanto, um modelo de um sistema complexo não é nunca completo, existem variáveis que são influenciadas por factores externos ao próprio modelo. Ambos os modelos (econométrico e previsão económica) são adequados para analisar sistemas menos complexos, com menos interacções, mais homogéneos e estáveis (Azulay, 2013).

Nas últimas décadas têm surgido aproximações interdisciplinares, como a econofísica, que usa modelos físicos para explicar fenómenos económicos (Castro e Tourinho, 2011).

Apesar de representar um campo de estudo promissor e que permite lidar com a heterogeneidade e a incerteza que está presente na área da saúde, os modelos físicos e matemáticos subjacentes a esta aproximação não facilitam a sua utilização por parte dos decisores políticos (Brustoloni, 2011).

Outra abordagem é a dinâmica de sistemas, que mostra como a estrutura organizacional, a amplificação das políticas e os atrasos nas tomadas de decisão e acções interagem (Cabral e Souza, 2018).

Foi criada na década de 50 e modela os sistemas recorrendo a conceitos como stocks (níveis que representam a variação de recursos tais como bens, pessoas, dinheiro ou entidades agregadas), fluxos (movimentos entre os recursos do sistema) e informação que determina o valor dos fluxos (Bilge & Saka, 2015).

Esta simulação, utilizada para sistemas cujo estado varia continuamente no tempo, assenta em equações diferenciais e é imprescindível que se disponibilize informação quantitativa precisa para que possam obter resultados correctos (Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (Dino, 2013).

O mesmo relatório afirma que a abordagem designada eventos discretos surgiu na década de 60 do século passado. A modelação dos sistemas é feita recorrendo a diagramas de fluxo com actividades e recursos onde entidades (pessoas, bens, tarefas, entre outros) circulam e são processadas (Calado, 2015).

Esta abordagem é adequada para modelar sistemas que mudam de estado pela ocorrência de eventos em pontos discretos de tempo, tendo para o efeito que se modelar as regras de transição que conduzem às mudanças de estado das entidades.

Segundo Hernandez (2011, p.543), “o paradigma de sistemas multi-agente é usado desde a década de 90 na área da simulação social para atacar problemas que por terem uma natureza complexa, dinâmica, descentralizada e distribuída são dificilmente modeláveis usando uma perspectiva top-down”.

Nesta abordagem, a modelação e simulação do sistema assenta no uso de agentes inteligentes (componentes de software com características de reactividade, proactividade, cooperação, autonomia, capacidade de aprendizagem) (Marques e Ciconet, 2011).

Ao contrário da dinâmica de sistemas e de eventos discretos, em que o comportamento global do sistema tem que ser explicitamente modelado, aqui o comportamento é definido a nível individual (do agente) e o comportamento do sistema emerge a partir das interacções entre os agentes (Martins e Prado, 2013).

1.7.4. Acesso ao sistema de emergência hospitalar angolano

Segundo Owasp (2014), o requisito fundamental do sistema de emergência hospitalar angolano é conseguir responder da forma mais rápida e eficiente a situações de emergência médica, como doenças agudas ou graves e outras situações resultantes de acidentes, intoxicações, incêndios, cataclismos, que podem colocar um indivíduo em perigo de vida ou causar-lhe complicações de saúde graves e permanentes.

Não existe um acompanhamento do estado de saúde do utente ao longo do tempo por parte do sistema de emergência hospitalar (SEH), apesar de, em consequência de um episódio de urgência, os utentes poderem ser encaminhados para outros serviços que estejam orientados para a prestação desse tipo de cuidados (Pagliuca e Vale, 2011).

Vários factores concorrem para degradar a resposta dada pelo SEH aos utentes. Para além dos motivos de natureza mais previsível e controlável, como a existência de recursos materiais disponíveis, existem outros mais complexos, como sejam a gestão dos vários tipos de interesses dos grupos de intervenientes (profissionais de saúde, utentes ou gestores hospitalares) até outros factores de natureza mais imprevisível como sejam o afluxo de utentes ao serviço, num determinado momento, em resultado de um cataclismo (Pereira e Lima, 2016).

Para Teixeira (2010), a realidade do sistema de saúde angolano na área da emergência hospitalar é caracterizada pela existência de uma taxa elevada de mortalidade entre os utentes que recorrem a esses serviços, muitas vezes causada por ineficácia, erro ou falta de recursos. De uma forma abreviada, pode dizer-se que os principais desafios que o SEH angolano enfrenta são:

- Diminuir o tempo de espera dos utentes nas entidades hospitalares;
- Optimizar a exploração dos recursos disponíveis;
- Aumentar a eficácia da resposta dada aos utentes;
- Desenvolver uma coordenação entre os serviços dos hospitais e entre as diversas entidades ligadas à área da saúde;

Um sistema de informação e aconselhamento médico que possa distribuir os utentes o mais equitativamente possível pelas entidades hospitalares, considerando a adequação entre os serviços médicos disponíveis, o afluxo de utentes a essas entidades

e a patologia e estado de gravidade do utente constitui uma solução que pode responder a estes desafios. Um SEH que preencha estes requisitos é denominado neste trabalho como 'SEH organizado (Martins & Prado, 2013).

Em última análise, com a implementação do SEHO o serviço prestado pelas entidades hospitalares poderá contribuir de uma forma mais assertiva para a diminuição da taxa de mortalidade e para o aumento da satisfação dos utentes em relação ao SEH (Owasp Foundation, 2014).

De acordo Wooldridge, M. J. (2010), considerando as razões pelas quais é útil construir modelos Pereira & Lima (2016), trabalhou-se no sentido de ter um modelo com a capacidade de revelar dinâmicas fundamentais, evidenciar equilíbrios e eficiências, tendo como objectivo validar de que forma e até que ponto a implementação de um SEHO pode contribuir para o aumento da qualidade da resposta dada pelo SEH. Para isso colocaram-se várias perguntas experimentais, que são alvo da simulação implementada, tais como:

- A existência de um nível de organização contribui para a diminuição da mortalidade dos utentes?
- No caso do SEHO, a distribuição dos utentes é mais uniforme?
- Se os utentes estiverem mais informados sobre a gravidade do seu estado, o recurso à urgência é menor?
- A filtragem de doentes muito graves torna o sistema mais expedito?
- O tipo de modelo do SEH (com ou sem organização) contribui para a diminuição do tempo de tratamento dos utentes?

1.7.5. Modelo de serviços de emergência médica

Conforme o Martins & Prado (2013), é difícil definir um modelo da simulação, daí a necessidade prévia de um estudo aprofundado do problema para se ter a noção do que é preciso modelar e simular, definindo questões concretas de forma a ter um nível de abstracção ilustrativa do modelo do SEH e a evitar desenhos genéricos ou simplistas, que deixam de lado características fulcrais do sistema a simular.

De acordo Saito e Maeda, 2013), para a elaboração do modelo da simulação recorreu-se à linguagem de modelação UML, considerando os seguintes passos para o desenho de um sistema de simulação:

Definir os tipos de objectos a utilizar e que serão uma abstracção dos intervenientes do caso real. Estes intervenientes são concretizados como agentes no mundo virtual ou, mais raramente, como objectos que representam características relevantes para o caso a simular (Romazzini e Bock, 2010).

Os tipos de objectos são organizados em classes, tendo cada classe no topo um objecto genérico e subclasses. As instâncias das classes são os objectos (Teixeira, 2010).

Segundo Fonseca (2017), definir os atributos dos objectos, que representam as características que os diferenciam entre si. Os objectos das subclasses herdam os atributos das classes superiores das quais derivam.

- Especificar o ambiente virtual onde os objectos estão inseridos. No caso concreto de urgências hospitalares que pretendemos simular, este ambiente consiste numa rede de interligações entre os agentes envolvidos.

- Introduzir a componente dinâmica do sistema e as formas de interacção agente-agente e agente-ambiente.

- Por fim, tratar da interface com o utilizador, dando uma atenção suplementar aos componentes que permitem ao utilizador passar os parâmetros de entrada para a simulação e aos que permitem visualizar os resultados da mesma.

CAPÍTULO II- METODOLOGIA DE ESTUDO

Na visão de Lakatos & Marconi (2017), resumem o método como “um conjunto de actividades sistematicas e racionais que permitem, com maior segurança e economia alcançar o objectivo de conhecimento válido verdadeiro”

2.1. Tipo de pesquisa

A escolha do tipo de pesquisa foi descritiva, prospectiva e transversal, que permitirá fazer a colheita de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitará assim a compressão dos diversos que estarão implícitos no fenómeno em estudo.

Para Oliveira (2012, p.114), “a pesquisa descritiva, prospectiva do tipo transversal é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenómenos”.

De acordo com Zassala (2017, p.42), “a pesquisa descritiva é uma pesquisa que procura determinar a natureza e grau de condições existentes”.

Segundo Silva e Meneses (2011, p. 27), estudo observacional é todo estudo que tem por base uma mera observação do fenómeno biomédico ou social, não existindo por conseguinte qualquer intervenção experimental sobre o homem sã ou doente.

De acordo com Silva (2014, p. 32), “o estudo descritivo transversal é aquele que descreve um fenómeno que decorre na população, comunidade ou instituição no determinado momento”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva prospectiva e transversal permitiu-nos na colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Modelo de abordagem

O presente trabalho estará focado dentro de uma tecnica de abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema (Oliveira, 2012).

Segundo Oliveira (2012, p.115) é utilizada no desenvolvimento das pesquisas descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos.

A abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo.

2.3. Níveis de estruturação de métodos

a) Nível teórico

• Histórico/Lógico

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado.

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p.91), o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje.

Por sua vez Ramos e Naranjo (2014, p.109), afirmam que o método histórico está ligado ao conhecimento das diferentes fases dos objectos na sua sucessão cronológica, para conhecer a evolução e desenvolvimento do objecto ou fenómeno de investigação torna-se necessário revelar a sua história as fases principais dos seus desenvolvimentos e as ligações históricas fundamentais.

Já o método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos. O lógico reproduz no plano teórico o mais importante do fenómeno, facto ou processo do histórico e o que constitui a sua essência afirma (Ramos e Naranjo 2014).

Este método auxiliou-nos na caracterização da evolução do processo sobre: Cuidados Diferenciados em Pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda.

• **Hipóтетico/dedutivo**

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p.91), o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese.

Ramos e Naranjo (2014, p.115), reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções.

Este método possibilitou a elaboração das hipóteses da investigação e contribuirá em nossas pesquisas dentro do campo, para assim, poder confirmar o que pretendemos investigar.

b) Nível Empírico/experimental

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa foi, o inquérito por questionário aplicados aos funcionários.

Este método nos permitirá no alcance dos objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

a) Nível Estatístico/Matemático

É essencialmente, possibilitar uma descrição quantitativa da sociedade, considerada como um todo organizado.

Os métodos estatísticos para Ramos e Naranjo (2014, p.100), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais.

Segundo Freitas (2013, p.38), “este método se fundamenta na aplicação da teoria estatística da probabilidade e constitui importante auxílio para a investigação em ciências” Devemos considerar, no entanto, que as explicações obtidas mediante a utilização do método estatístico não devem ser consideradas absolutamente verdadeiras, mas portadoras de boa probabilidade de serem verdadeiras.

Este método permitiu clarificar a investigação no momento de quantificar em termos percentuais os dados colectados na investigação de campo a ser realizado.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Para a coleta de dados serão utilizados:

- Observação
- Inquérito por questionário
- Pesquisa bibliográfica e documental

O tipo de observação será participante ou directa

Na visão de Silva (2010, p.38), “é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam”.

Para Diogo (2012, p.121), “a observação permite que o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso”.

O tipo de observação foi participante ou directa não estruturada segundo Mesquita e Duarte (2017, p.32), “o observador embora presente assume o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar”.

Segundo Alves (2012, p.50), “inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário”.

Na visão de Ramos e Naranjo (2014, p.144), “é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado”.

Pesquisa documental é a que efectua tentando resolver um problema ou adquirir conhecimentos a partir do emprego de informações retiradas de material gráfico e sonoro. O objectivo da pesquisa documental é recolher, analisar, e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado facto, assunto ou ideia. (Marconi e Lakatos, 2010).

Na visão do Diogo (2012), é um instrumento de recolha de dados onde são classificados os documentos impressos tais como livros, artigos ou jornais.

Segundo Marconi & Lakatos (2010, p.66), “a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisados, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o mesmo”.

Para Oliveira (2012, p.119), “pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catalogo colectivo e das bibliotecas virtuais”.

A pesquisa bibliográfica permitiu-nos no contacto com as informações já existente acerca dos cuidados diferenciados em pacientes assistidos no banco de urgência de medicina, bem como as suas causas.

2.5 Instrumento e procedimentos de recolha de dados

Para a consecução dos objectivos previstos fez-se recurso às seguintes técnicas e instrumentos:

- Grelha de observação que pretendemos aplicar aos membros da direcção, para adquirirmos informações sobre o tema em estudo.
- Para o inquérito por questionário usaremos o guião de questionário para adquirirmos informações sobre atendimento diferenciado em pacientes. Depois de ter a permissão da direcção, acertaremos uma data e hora para a distribuição dos guiões e a sua recolha.
- Usaremos pesquisa bibliográfica documental como instrumento de recolha de dados para nos facilitar a consultar, materias e documentos que falam sobre o assunto em causa. Os dados foram recolhidos através do inquérito ou fichas das consultas nos atendimentos gerais com enfermeiros e serão organizados em tabelas configuradas a partir do Excel.

2.6 População e amostra

• População

Para Silva e Menezes (2011), considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo.

A população da nossa investigação será constituída por cem (100) indivíduos, na qual temos um (1) director do centro, dezanove (19) Licenciados, oitenta (80) Técnicos médios usado durante a pesquisa de campo.

• Amostra

Para Lakato & Marconi (2017, p.55) “amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra”.

Amostra de cem (100) indivíduos, onde estraiu-se uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos um (1) director do centro, seis (6) Licenciados, vinte e três (23) Técnicos médios usado durante a pesquisa de campo.

Tabela nº 1- População e amostra

Designação	População	Amostra	Percentagem
Director	01	01	3%
Licenciados	19	6	20%
Técnicos médios	80	23	77%
Total	100	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Na nossa população, extraí-se uma amostra de cem (100) indivíduos, onde estraiu-se uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos um (1) director do centro, seis (6) Licenciados, vinte e três (23) Técnicos médios usado durante a pesquisa de campo.

2.7. Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com algumas situações que dificultaram a nossa pesquisa sendo as principais as seguintes:

- Disponibilidade de alguns técnicos de laboratórios para podermos colher informações sobre o tema;
- Dificuldades financeiras;
- Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;
- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

CAPÍTULO III- DISCUSSÃO E RESULTADOS

Depois do objecto de estudo, fundamentação teórica e os aspectos metodológicos, segue-se a apresentação, análise e interpretação dos dados adquiridos, que se resumem na distribuição de variáveis controlada através da qual se fez a sua operacionalidade seguida de dedução em conformidade com o suporte teórico.

Neste capítulo, queremos quantificar os dados adquiridos no campo através das ferramentas usadas na pesquisa. Vamos ilustrar como tem sido os serviços de urgência, o caso do Centro Médico do Comando Provincial de Luanda para assim mitigar o problema que tanto aflige os cidadãos que vão àquele centro à busca de assistência médica. Os serviços de urgência são de extrema importância, pois além de salvar casos críticos, garantem uma esperança e dão chance aos pacientes em condições de saúde precária.

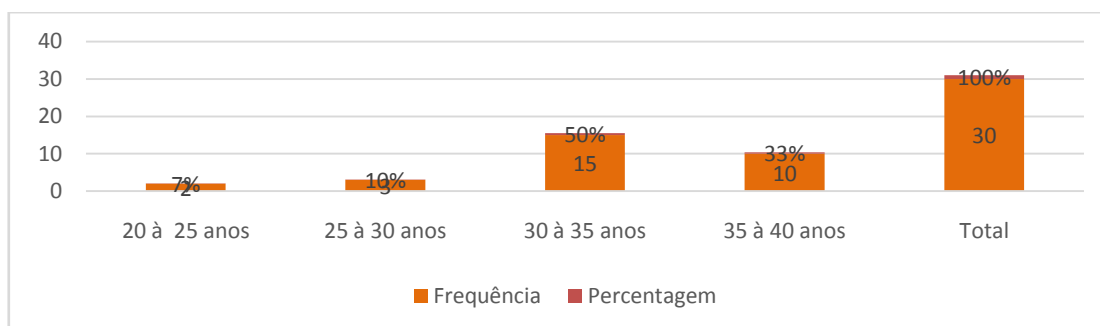
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

Tabela nº 2. Distribuição da amostra segundo faixa etária.

Faixa etária	Frequência	Percentagem
20 à 25 anos	2	7%
25 à 30 anos	3	10%
30 à 35 anos	15	50%
35 à 40 anos	10	33%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 1 Título: Faixa etária



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico 01 , a faixa predominante é a dos 30 à 35 anos que perfaz 50%, seguida pela faixa dos 35 à 40 anos perfazendo 33%, a faixa dos 25 à 30 anos perfazendo 10% e por último 20 à 25 anos perfazendo 7%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

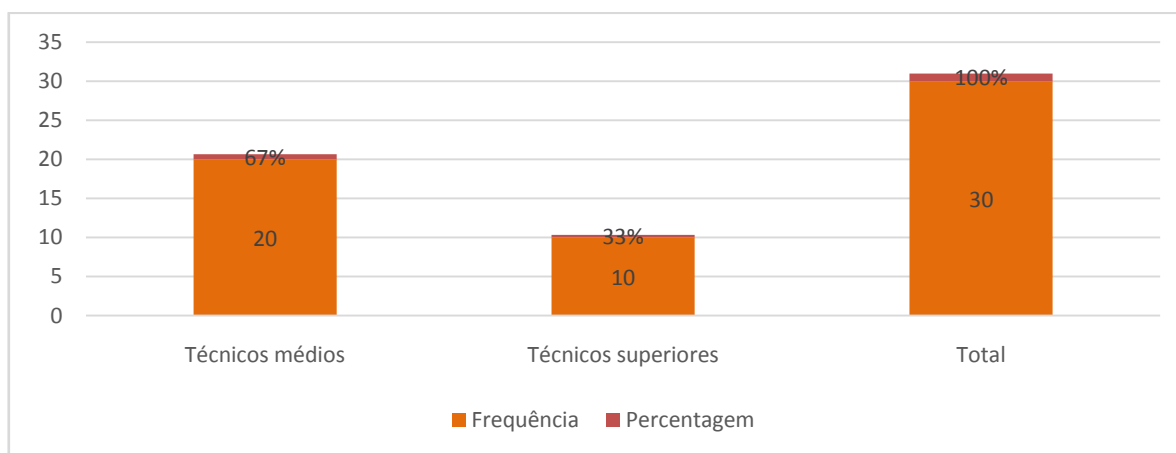
Com base os resultados obtido nesta pesquisa as mesmas a semelham com os resultados obtido na pesquisa feito por Brito e Silva (2012), na qual tinha a maior predominância dos pacientes de 30 à 35 anos o mesmo que a semelha com a nossa investigação é o grupo com maior frequência foi dos técnico foi das idades de 30 anos.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra segundo a categoria profissional

Descrição	Frequência	Percentagem
Técnicos médios	20	67%
Técnicos superiores	10	33%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 2 Título: Categoria profissional



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 3 e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20) perfazendo 67%, técnicos superiores dez (10), perfazendo 33%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

De acordo Valee Pagliuca (2011), a prevalência da nossa pesquisa a semelham com do autor supracitado acima o mesmo obteve dados igualitária aos obtido na nossa pesquisa de campo.

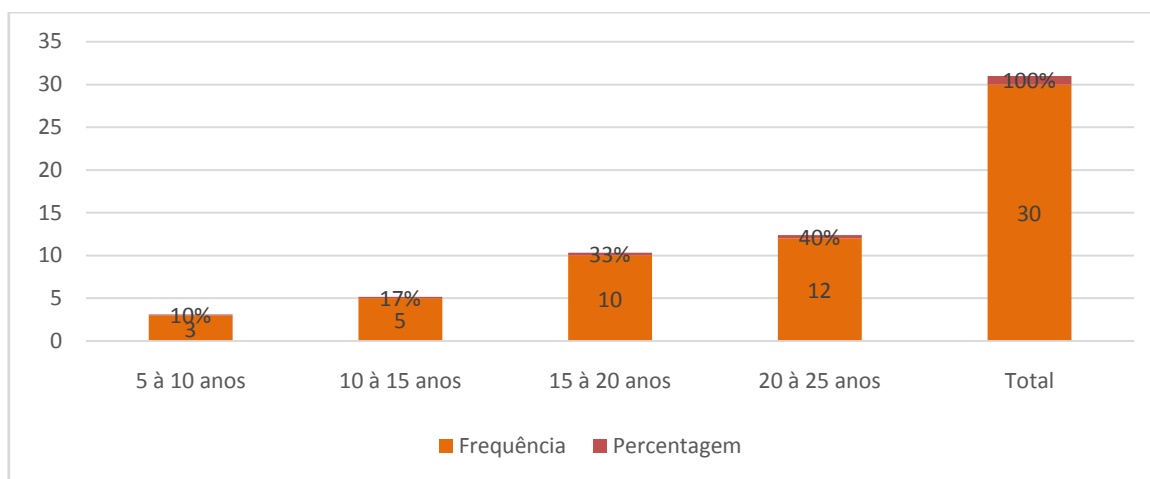
Tabela e grafico nº 4-Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Título: Tempo de serviço

Anos de serviço	Frequência	Percentagem
5 à 10 anos	3	10%
10 à 15 anos	5	17%
15 à 20 anos	10	33%
20 à 25 anos	12	40%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 3- Título: Tempo de serviço



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 4 e o gráfico 03, os profissionais com 20 à 25 anos possuem mais tempo de serviço, perfazendo 40%, 15 à 20 anos perfazendo 33%, 10 à 15 anos perfazendo 17% e 5 à 10 anos perfazendo 10%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

A tabela nº 4 e o gráfico nº 3 os resultado obtido nesta pesquisa de campo são igualitária com o da pesquisa realizado por Saito e Maeda (2013), que na qual obteve a frequência maior dos funcionários com o tempo de serviço dos 20 à 25 anos.

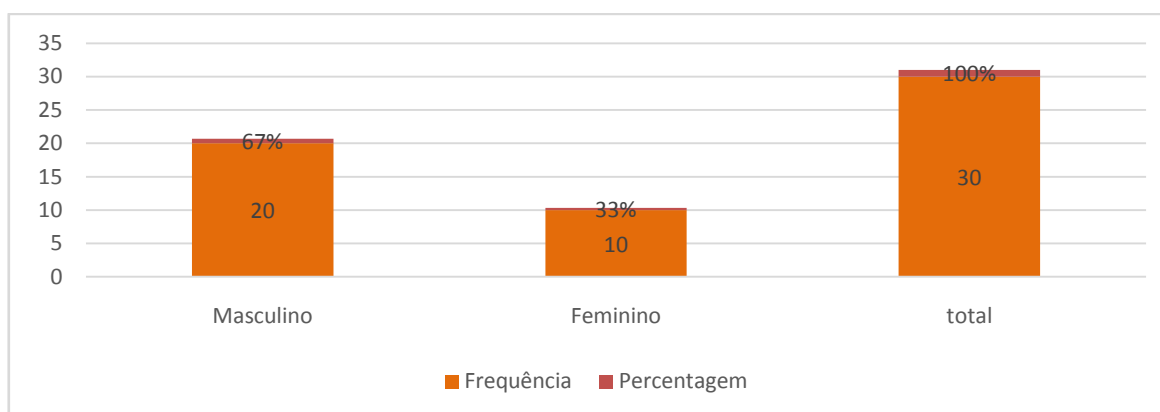
Tabela e gráfico nº5: Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero

Título: Gênero

Gênero	Frequência	Percentagem
Masculino	20	67%
Feminino	10	33%
total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 4- Título: Gênero



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a tabela nº 5 e o gráfico nº 4, o gênero masculino predomina com vinte (20) profissionais perfazendo 67% e gênero feminino com dez (10) profissionais perfazendo 33%, correspondendo à 100% da nossa pesquisa.

Segundo os dados da nossa investigação de campo, os nossos dados foram de acordo com da pesquisa realizado por Avelar e Paiva (2010) que na qual os resultados apresentavam uma frequência alto de 62,5% do genero masculino, isso querdizer que o Centro Médico do Comando Provincial de Luanda em pesquisa a maior parte dos profissionais de saúde são do sexo masculino.

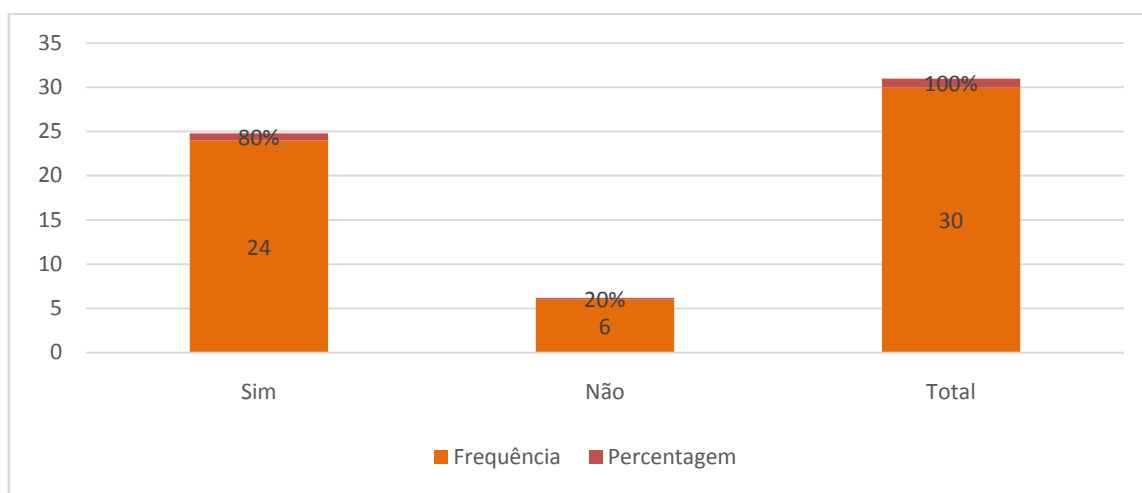
Tabela e grafico nº 6-Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento

Título: Amostra quanto o grau de conhecimento

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	24	80%
Não	6	20%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 5- Título: Amostra quanto o grau de conhecimento



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 6 e o gráfico 05, vinte e quatro (24) profissionais responderam sim perfazendo 80% e seis (6) responderam não perfazendo os 20%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Os resultados desta pesquisa revelam que o Centro Médico do Comando Provincial de Luanda a maior parte dos profissionais de saúde conhecem os cuidados diferenciados.

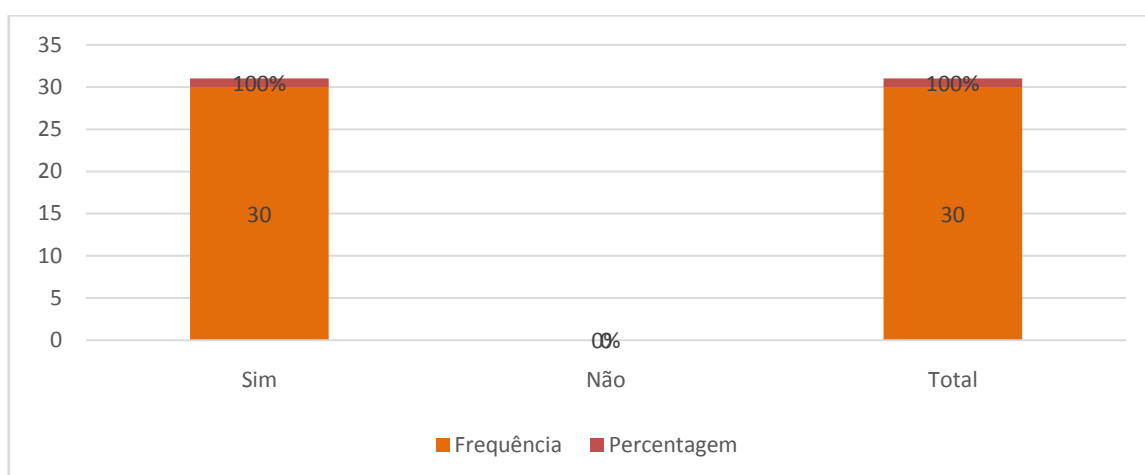
Tabela e grafico nº 7- A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente?

Título: Qualidade de assistência de cuidados diferenciados

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	30	100%
Não	0	00%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 6- Título: Qualidade de assistência de cuidados diferenciados



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela nº 7 e o gráfico nº 6, nos (30) profissionais inqueridos todos responderam sim, correspondendo os 100% da nossa pesquisa.

A resultado desta pesquisa fez-nos a entender que, a qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente.

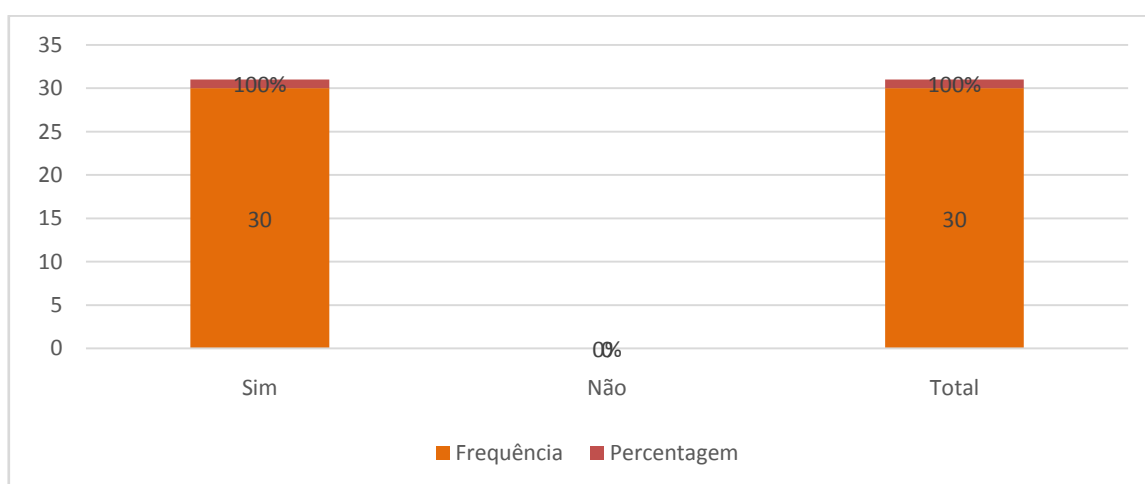
Tabela e grafico nº 8- Será que a má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes?

Título: A má selecção da triagem

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	30	100%
Não	0	00%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº- 7- Título: A má selecção da triagem



Fonte:

Elaboração própria

Segundo a tabela nº 8 e o gráfico nº 7, nos (30) profissionais inqueridos todos responderam sim, correspondendo os 100% da nossa pesquisa.

A resultado desta pesquisa levou-nos a entender que, a má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes.

3.2 Discussão dos resultados

Os cuidados diferenciados em pacientes assistidos no Banco de Urgência de Medicina é uma situação que vem se debater constantemente, isto é, analisar a forma como os profissionais actuam e qual tem sido o tratamento de pacientes assistidos na referida instituição. Contudo, queremos discutir os resultados obtidos durante a pesquisa sobre essa problemática.

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico 01 , a faixa predominante é a dos 30 à 35 anos que perfaz 50%, seguida pela faixa dos 35 à 40 anos perfazendo 33%, a faixa dos 25 à 30 anos perfazendo 10% e por último 20 à 25 anos perfazendo 7%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Com base os resultados obtido nesta pesquisa as mesmas a semelham com os resultados obtido na pesquisa feito por Brito e Silva (2012), na qual tinha a maior predominância dos pacientes de 30 à 35 anos o mesmo que a semelha com a nossa investigação é o grupo com maior frequência foi dos técnico foi das idades de 30 anos.

De acordo a tabela nº 3 e o gráfico 02, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20) perfazendo 67%, técnicos superiores dez (10), perfazendo 33%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

De acordo Valee Pagliuca (2011), a prevalência da nossa pesquisa a semelham com do autor supracitado acima o mesmo obteve dados igualitária aos obtido na nossa pesquisa de campo.

De acordo a tabela nº 4 e o gráfico 03, os profissionais com 20 à 25 anos possuem mais tempo de serviço, perfazendo 40%, 15 à 20 anos perfazendo 33%, 10 à 15 anos perfazendo 17% e 5 à 10 anos perfazendo 10%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

A tabela nº 4 e o gráfico nº 3 os resultado obtido nesta pesquisa de campo são igualitária com o da pesquisa realizado por Saito e Maeda (2013), que na qual obteve a frequência maior dos funcionários com o tempo de serviço dos 20 à 25 anos.

De acordo com a tabela nº 5 e o gráfico nº 4, o género masculino predomina com vinte (20) profissionais perfazendo 67% e género feminino com dez (10) profissionais perfazendo 33%, correspondendo à 100% da nossa pesquisa.

Segundo os dados da nossa investigação de campo, os nossos dados foram de acordo com a pesquisa realizado por Avelar e Paiva (2010) que na qual os resultados apresentavam uma frequência alto de 62,5% do genero masculino, isso querdizer que o Centro Médico do Comando Provincial de Luanda em pesquisa a maior parte dos profiissionais de saúde são do sexo masculino.

De acordo a tabela nº 6 e o gráfico 05, vinte e quatro (24) profiissionais responderam sim perfazendo 80% e seis (6) responderam não perfazendo os 20%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Os resultados desta pesquisa revelam que o Centro Médico do Comando Provincial de Luanda a maior parte dos profiissionais de saúde conhecem os cuidados diferenciados.

Segundo a tabela nº 7 e o gráfico nº 6, nos (30) profiissionais inqueridos todos responderam sim, correspondendo os 100% da nossa pesquisa.

A resultado desta pesquisa fez-nos a entender que, a qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente.

Segundo a tabela nº 8 e o gráfico nº 7, nos (30) profiissionais inqueridos todos responderam sim, correspondendo os 100% da nossa pesquisa.

A resultado desta pesquisa levou-nos a entender que, a má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes.

CONCLUSÃO

De acordo o trabalho de campo realizado, concluímos o seguinte:

A maior parte dos profissionais de saúde do Centro Médico do Comando Provincial de Luanda tem idades compreendida dos 30 à 35 anos.

No Centro Médico do Comando Provincial de Luanda uma boa parte dos funcionários tem o tempo de serviço dos 20 à 25 anos.

O Centro Médico do Comando Provincial de Luanda em pesquisa a maior parte dos profissionais de saúde são do sexo masculino.

Um número significativo dos profissionais do Centro Médico do Comando Provincial de Luanda conhecem os cuidados diferenciados.

A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente.

A má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes.

Com isso podemos afirmar que os nossos objectivos foram alcançados e as nossas hipóteses confirmadas.

SUGESTÕES

Com base os resultados obtidos na análise do trabalho feito, sugerimos o seguinte:

- ❖ Ao Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, que promova formações de capacitação dos seus profissionais que actuam no Banco de Urgência no sentido de proporcionar atendimento baseado na igualdade entre pacientes, evitando o nepotismo ;
- ❖ Que os profissionais do referido centro passem actuar de uma forma sélere e eficaz para a mitigação de mortes prematuras;
- ❖ Que os técnicos da área de estudo e académicos investiguem e abordem mais acerca do tema com intuito de dar mais contribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, F. K. (2012). *Metodologia científica*. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar editora.
- Azulay, A. (2013). *Pacientes com doenças infecciosas*. 5ª Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Azevedo, T. M. V. E. (2012). *Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. [dissertação].
- Araujo, M. T.; e Gazzinelli, M. F. C. (2011). *Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência*. (Doi: v. 20, n.spe, p. 156-63).
- Avelar, V. L. L. M.; e Paiva, K. C. M. (2010). *Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência*. Brasília: Rev. Bras Enferm.
- Ahn, L., B, M.; e Langford, J. (2014). *Telling humans and computers apart automatically*. Communications of the ACM.
- Bilge, U., & Saka, O. (2015). *Agent based simulations in healthcare*. Studies in health technology and informatics.
- Britanica, F. (2013). *Cuidados prestados em pacientes, dispõesobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência*.
- Brito, M.; & Silva, G. (2012). *Atuação da equipe de enfermagem no atendimento pré –hospitalar móvel*. Floriano-PI: Revista Piauiense de Saúde.
- Brustoloni, J. C. (2011). *Autonomous agents: Characterization and requirements*. School of Computer Science: Carnegie Mellon University.
- Boff, F. (2011). *Saber Cuidar. Ética do Humano. Compaixão pela Terra*. 8ª Edição. São Paulo: Vozes.
- Calado, M. P. (2015). *Serviço de Emergência Médica Angolano: Otimização Utilizando Sistemas Multi-Agente*. Portugal: Universidade de Lisboa.
- Castro, G. L. T.; Tourinho, F. S. V. (2011). *Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: aspectos ético-legais*. Anais do 16º SENPE.
- Cabral, A. P. S.; e Souza, W. V. (2018). *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro*. Rev Bras Epidemiol.

- Dino, F. H. (2013). *Todos os direitos reservados*. Rua da restauração, 365.4099-023. Editora: Porto. Novo acordo ortográfico.
- Diogo, P. (2012). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Freitas, E. C. & Prodanov, C. C. (2013). *Metodologia do Trabalho científico. Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª Edição. Brasil. Rio Grandedo Sul: Editora Feevale.
- Fonseca, S. C. (2017). *Atendimento pré-hospitalar: Oenfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu.
- Ferreira, P. D. (2015). *Cudados de enfermagem em pacientes* . 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Hernandes, W. R. (2011). *Estabelecimentos hospitalares: Áreas de administração, gestão, clínica e consultas externas*. Organização de um grupo de estudantes na Universidade de São Paulo.
- Lakatos, M. A.; e Marconi, E. M. (2017). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. EditoraAtlas.
- Law, A. (2017). *Simulation modeling and analysis*. 4th ed. New York:McGraw-Hill.
- Ladeira, R. M.; Barreto, S. M. (2010). *Factores associados ao uso de serviço de atenção pré-hospitalar por vítimas de acidentes de trânsito*. Cad. Saúde Pública.
- Marconi, M. A. Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos de metodologia científica*. (5ª Edição). São Paulo: Atlas.
- Mahfoud. M. A. (2020). *Avivência de um desafio: Platão psicológico*: In: aconselhamento psicológico centrado na pessoa: São Paulo. Organização Mundial da Saúde.Resolução.
- Mesquita, F. C.; e Duarte, S. T. (2017). *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Marques, G. Q.; e Ciconet, R. M. (2011). *Agravos clínicos atendidos peloServiço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)*. Porto Alegre.
- Minayo, M. C. S. & Deslandes, S. F. (2018). *Análise da implantação do sistema de atendimentopré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras*. 7ª Edição: Editora Mota.
- Machado, J. J. (2017). *Serviço de atendimento móvel de urgência: o enfermeirodiante*

- do atendimento pré-hospitalar*. 8ª Edição. Editora: Samona.
- Martins, P. S.; Prado, M. L. (2013). *Enfermagem e serviço de atendimento pré hospitalar:descaminhos e perspectivas*. Rev Bras Enfermagem.
- Mateus , S. J. (2013). *Serviço de atendimento no Banco de urgência*. 5ª Edição. Editora : Prado.
- Maes, P. (2010). *Artificial life meets entertainment: lifelike autonomous agents*. Communications of the ACM.
- Nikolai, C., & Madey, G. (2019). *Tools of the trade: A survey of various agentbased modeling platforms*. Journal of Artificial Societies and SocialSimulation.
- Nwana, H. S. (2011). *Software agents: An overview*. The knowledgeengineering review.
- Owasp, F. C. U. (2014). Cuidados de enfermagem aos pacientes diabetico. acedido em Novembro.
- Oliveira, A. (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4ª Edição. São Paulo: editora Platano.
- Pagliuca, L. M. F.; e Vale, Y. B. (2011). *Estabelecer diferenciação entre coisas*, Revista Brasileira de saúde Pública.
- Pereira, W. A. P.; e Lima, M. A. (2016). *Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito*. (Acta Paul Enferm, v. 19, n. 3. p. 279-83, 2016).
- Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2ª Edição Lobito- Angola. Editora Escolar.
- Romazzini, E. M.; Bock, L. F. (2010). *Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional*. (Rev. Latino-Am).
- Stuttard, D., & Pinto, M. (2011). *The Web Application Hacker's Handbook: Finding and Exploiting Security Flaws*. Wiley.
- Sá Júnior L. S. M. (2013). *Uma introdução à medicina: O médico*. Brasília: CFM.
- Saito, D. Y. T.; e Maeda, S. T. (2013). *Usuário, Cliente ou Paciente?: Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?*. Brasil: São Paulo.
- Silva, M. A. (2014). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Brasil-Curitiba.

- Silva, M. A & Meneses, S. G. (2011). *Pesquisa quantitativa-metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4ª Edição. Rio de Janeiro. Editora: florianópolis.
- Teixeira, A. M. (2010). *Assistência de enfermagem ao pré-natal da mulher*. 2ª ed. Rio de Janeiro. Escientia.
- Vale, D. R.; & Pagliuca, R. S. (2011). *Construção de um Conceito de Cuidado de Enfermagem*. Revista Brasileira de Enfermagem.
- Wooldridge, M. J. (2010). *Cuidados prestados aos utentes com tuberculose pulmonar*. 6º Edição. Editora Matala.
- Ximenes, S. (2013). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Zassala, C. (2017). *Iniciação a Pesquisa Científica*. 4º Edição. Luanda-Angola. Editora: Mayamba.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

Autora	Domingos Pascoal
Orientadora	Profª. Yamilé Hernández, Lic
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	Cuidados Diferenciados em pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024

Domingos Pascoal: Finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Projeto Final do Curso para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: Cuidados Diferenciados em pacientes Assistidos no Banco de Urgência de Medicina no Centro Médico do Comando Provincial de Luanda, Segundo semestre-2024.

Grato pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

20-25	
25-30	
30-35	
35-40	

2- Qual é a sua categoria profissional?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Técnico Médio	
Licenciado	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

5 a 10 anos	
10 a 15 anos	
15 a 20 anos	
20 a 25 anos	

4- Distribuição Da Amostra Quanto ao Gênero

Masculino	
Feminino	

5- Distribuição da amostra quanto o grau de conhecimento?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

6- A qualidade de assistência de cuidados diferenciados contribui na recuperação total do paciente?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

7- Será que a má selecção da triagem influência nos cuidados diferenciados em pacientes?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADO!

ANEXO