



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

**Proposta de implementação da valência músculo  
esquelética na área de fisioterapia no hospital do  
Cunene, em Angola.**

Madalena Esperança Ndesipewa Kasinaso

Orientador: Mestre Pedro Rebelo

Coorientadora: Mestre Paula Soares

Mestrado em fisioterapia

*Lisboa, 2015.*

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Proposta de implementação da valência músculo  
esquelética na área de fisioterapia no hospital do  
Cunene, em Angola.

Madalena Esperança Ndesipewa Kasinaso

Orientador: Mestre Pedro Rebelo

Coorientadora: Mestre Paula Soares

JÚRI

Presidente: Doutora Isabel Coutinho

Arguente: Mestre Carla Pimenta

(esta versão incluiu as críticas e sugestões feitas pelo júri)

*Lisboa, 2015.*

## Dedicatória

*Dedico este trabalho a minha família e em particular os meus pais que sempre me apoiaram financeiramente e moralmente para dar continuidade a este trabalho, com muito amor e carinho!*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pelo amor, fortaleza, proteção e sabedoria que deu sentido há minha vida no processo de reflexão deste trabalho.

Ao professor mestre Pedro Rebelo pela simpatia e pela orientação do trabalho, agradeço por tudo, quanto maiores são as dificuldades a vencer, maior será a glória.

A professora mestre Paula Soares expresseo o meu profundo agradecimento pela coorientação e apoio incondicionais que muito elevaram os meus conhecimentos científicos e, sem dúvida, muito estimularam o meu desejo de querer sempre saber mais, e a vontade constante de querer fazer melhor. Agradeço também a orientação de estágio e reconheço, com gratidão, não só a confiança que em mim depositou, desde o início, mas também, o sentido de responsabilidade que me incutiu em todo deste desenvolvimento do trabalho.

A Coordenadora do Mestrado em fisioterapia Dr.<sup>a</sup> Isabel Coutinho agradeço a oportunidade e o privilégio que tive em frequentar este Mestrado que muito contribuiu para o enriquecimento da minha vida académica e científica.

Expresseo também a minha gratidão a todos os professores que prestaram uma contribuição fundamental para que este estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

A professora mestre Elizabeth Carolino pelo apoio nos conhecimentos estatísticos que foram muito úteis para este trabalho.

A todos amigos pela força, coragem e incentivo que sempre tiveram presentes em todas as dificuldades e momentos de aflições, o meu obrigado por tudo.

A Minha Família, em especial aos meus pais, muito obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termino, possa de alguma forma retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que constantemente me oferecem. A eles, dedico todo este trabalho.

## Resumo

A presente investigação é realizada no âmbito do segundo ciclo de estudos em Fisioterapia e tem como objetivo elaborar uma proposta de implementação da valência músculo esquelética na área de Fisioterapia do Hospital Geral de Ondjiva, no Cunene, em Angola.

A metodologia situa-se essencialmente no paradigma quanti-qualitativo, tratando-se de um estudo de caso. Os instrumentos metodológicos utilizados foram o questionário e a entrevista semi-estruturada, característica da investigação qualitativa, sendo as técnicas de análise de dados a análise estatística e a análise de conteúdo, respetivamente. A amostra é constituída por profissionais do hospital, os quais responderam ao questionário e a entrevista foi realizada à administradora do mesmo.

Os resultados demonstram a importância e a necessidade da valência de músculo esquelética na área de fisioterapia, verificando-se que existem condições para tal. Desta forma, a proposta apresentada teve em conta os resultados obtidos e inclui os recursos humanos e materiais necessários.

O presente projeto será uma mais-valia para população em causa, pois pretende dar resposta a uma lacuna existente nos atuais serviços de fisioterapia prestados ao hospital. Permitindo uma diminuição da incidência de complicações e alterações músculo esqueléticas.

**Palavras-chaves:** musculoesquelética, proposta, fisioterapia, hospital.

## **Abstract**

This research is conducted under the second cycle of studies in physiotherapy and aims to prepare and submit a proposal for implementation of musculoskeletal valence in General Hospital Physiotherapy area Ondjiva, Cunene, Angola.

The method lies essentially in the quantitative and qualitative paradigm, in the case of a case study. The methodological instruments used are questionnaire survey and semi-structured interview, characteristic of qualitative research, and data analysis techniques statistical analysis and content analysis, respectively. The sample consists of hospital staff, who answered the questionnaire surveys and the interview was conducted to the administrator of it.

The results demonstrate the importance and need a muscle-skeletal valence on Physiotherapy area, verifying that exist for such conditions. Thus, the presented proposal took into account the results obtained and includes human and material resources required.

This project will be an asset for the population concerned because it intends to address a gap in the current physiotherapy care to the hospital. Allowing a reduction in the incidence of complications and skeletal muscle.

**Keywords:** musculoskeletal, proposal, physiotherapy, hospital.

# Índice geral

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Índice geral.....	vii
Índice de anexos .....	x
Índice de tabelas .....	xi
Índice de figuras .....	xiii
Lista de abreviaturas .....	xiv
Introdução.....	1
PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA .....	3
1. Contextualização da fisioterapia .....	3
1.1. O percurso evolutivo da fisioterapia .....	3
1.1.1 Evolução da fisioterapia em Angola e Portugal .....	5
2. Fisioterapia em contexto hospitalar .....	10
2.1. Fisioterapia .....	10
2.1.1. Conceito .....	10
2.1.2. Etapas da intervenção em fisioterapia .....	15
2.1.3. Áreas e programas de intervenção da fisioterapia.....	16
2.2. O profissional de fisioterapia.....	18
2.2.1. O papel do fisioterapeuta .....	18
2.2.2. A intervenção do fisioterapeuta nas lesões músculo esqueléticas. ....	19
2.2.3. O fisioterapeuta como promotor de saúde .....	21
3. Caracterização de Angola e da Província do Cunene.....	23
3.1. Contexto geral de Angola.....	23
3.1.1. Dados geográficos e demográficos e divisão administrativa.....	23
3.1.2. Situação económica e pobreza .....	24
3.1.3. Dados demográficos e indicadores de saúde .....	24
3.1.3.1. Distribuição e evolução da população.....	24
3.1.3.2. Indicadores de Saúde .....	25
3.2. Contexto geral do Cunene/Ondjiva.....	26
3.3. O Hospital (Provincial do Cunene).....	27

4.	O sistema nacional de saúde de Angola.....	29
4.1.	Setor da saúde de Angola.....	29
4.2.	Sistema Nacional de Saúde.....	30
4.3.	Distribuição das unidades de saúde.....	34
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....		37
5.	Metodologia de investigação.....	37
5.1.	Pressupostos.....	37
5.2.	Pertinência do estudo .....	37
5.3.	Tipo de estudo.....	37
5.4.	Universo e Amostra.....	39
5.5.	Problemática e Questões de Investigação .....	39
5.6.	Objetivos .....	40
5.7.	Técnicas e instrumentos metodológicos.....	41
5.7.1.	Instrumentos de recolha de informação.....	41
5.7.1.1.	Questionário .....	41
5.7.1.2.	Entrevista semi-diretiva.....	41
5.7.2.	Procedimentos de Recolha de dados .....	43
5.7.3.1.	Técnicas de análise da informação .....	43
5.7.3.1.	Análise estatística .....	43
5.7.3.1	Análise de conteúdo.....	44
6.	Resultados .....	45
6.1.	Apresentação dos resultados .....	45
6.1.1.	Resultados dos questionários.....	45
6.1.1.1.	Caracterização da amostra .....	45
6.1.1.1.1.	Género.....	45
6.1.1.1.2.	Idade e tempo de experiência profissional .....	45
6.1.1.1.3.	Cargo ocupado pelos profissionais de saúde .....	46
6.1.1.2.	Conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no HGO .....	47
6.1.1.3.	Principais patologias do HGO.....	48
6.1.1.4.	Áreas que o HGO não consegue dar resposta .....	49
6.1.1.4.	Áreas de intervenção do HGO.....	49
6.1.1.5.	Áreas predominantes do HGO .....	49
6.1.1.6.	Encaminhamento dos pacientes que não são atendidos no HGO .....	50
6.1.1.7.	Procura dos serviços de saúde por pacientes vindos de outros hospitais.50	

6.1.1.8. Conhecimento sobre a importância da Fisioterapia na assistência à saúde.....	51
6.1.1.9. Áreas de atuação em fisioterapia.....	51
6.1.1.10. Procura de cuidados de fisioterapia por pacientes do HGO.....	51
6.1.1.11. Principais patologias que carecem de intervenção do Fisioterapeuta. ....	52
6.1.1.12. Conhecimento sobre a existência da área de fisioterapia no HGO .....	52
6.1.1.13. Pacientes a quem é recomendada fisioterapia.....	53
6.1.1.14. Frequência da recomendação dos serviços de fisioterapia.....	53
6.1.1.15. Principal motivo da recomendação dos serviços de fisioterapia.....	53
6.1.1.16. Local de encaminhamento dos pacientes que necessitam de fisioterapia em caso que HGO não consegue dar assistência.....	54
6.1.1.17. Atendimento a pacientes vítimas de acidentes.....	54
6.1.1.18. Principais motivos dos acidentes .....	54
6.1.1.19. Atendimento a pacientes com sequelas de doenças neurológicas.....	55
6.1.1.20. Contributo da fisioterapia na diminuição do tempo de internamento .....	55
6.1.1.21. A existência de uma valência musculoesquelética melhora da assistência à saúde?.....	55
6.1.2. Resultados da entrevista .....	56
6.2. Discussão dos Resultados .....	57
<b>7. Proposta de Implementação .....</b>	<b>61</b>
7.1. Enquadramento.....	61
7.2. Objetivos .....	62
7.3. Técnicas.....	63
7.4. Equipamentos e instalações .....	63
7.5. Equipa .....	66
<b>8. Conclusão.....</b>	<b>67</b>
9. Referências bibliográficas .....	69
Referências Webgráficas .....	74
Documentos normativos.....	75
<b>Anexos .....</b>	<b>76</b>

## Índice de anexos

Anexos I – Mapa de distribuição das províncias de Angola	76
Anexos II – Estimativa populacional e taxa de crescimento para o período de 1950/2050	77
Anexos IV – Fronteiras da província do Cunene	78
Anexos V – Organigrama da direção geral	79
Anexos VI – Organigrama da direção clínica	80
Anexos VII – Organigrama da direção administrativa	81
Anexos VIII – Organigrama da direção de enfermagem	82
Anexos IX – Evolução das despesas públicas em saúde	83
Anexos X – Novidades, desde 2005, no financiamento da saúde	84
Anexos XI – Distribuição de unidades de saúde	85
Anexos XII – Guião da entrevista realizada à Administradora do HGO	86
Anexos XIII – Questionário aplicado aos profissionais de saúde	90
Anexo XIV – Respostas da entrevista realizada no do HGO	91
Anexos XIV – Ofício da Estesl	96

## Índice de tabelas

Tabela 2.1 – Comprometimentos físicos tratados em fisioterapia	12
Tabela 2.2 – Áreas de intervenção da fisioterapia	13
Tabela 2.3 – Fatores que contribuem para o aparecimento de LME	21
Tabela 3.1 – Indicadores demográficos de 2000 e estimativa para 2025	25
Tabela 3.2 – Indicadores de saúde da população angolana	25
Tabela 3.3 – Quadro epidemiológico	26
Tabela 4.1 – Serviços prestados e cobertura de população por tipo de unidade sanitária	33
Tabela 4.2 – Distribuição as unidades de saúde da Província do Cunene	34
Tabela 6.1 – Género dos profissionais de saúde.	45
Tabela 6.2 – Idade e tempo de experiência profissional	46
Tabela 6.3 – Idade e tempo de experiência profissional	46
Tabela 6.4 – Cargo ocupado pelos profissionais de saúde.	46
Tabela 6.5 – Conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no HGO	47
Tabela 6.6 – Principais patologias do HGO	48
Tabela 6.7 – Áreas que o HGO não consegue dar resposta	49
Tabela 6.8 – Áreas de intervenção do HGO	49
Tabela 6.9 – Áreas predominantes do HGO	50
Tabela 6.10 – Encaminhamento dos pacientes que não são atendidos no HGO	50
Tabela 6.11 – há uma procura dos serviços de saúde por pacientes vindos de outros hospitais?	50
Tabela 6.12 – pacientes vindo de outro hospitais que procuram os serviços de saúde do HGO	51
Tabela 6.13 – conhecimento sobre a importância da Fisioterapia na assistência à saúde.	51
Tabela 6.14 – As áreas de atuação em fisioterapia conhecidas pelos profissionais de saúde.	51

Tabela 6.15 – há fluxo elevado de pacientes que procuram cuidados de fisioterapia no HGO?	51
Tabela 6.16 – Principais patologias que carecem de intervenção fisioterapêutica	52
Tabela 6.17 – conhecimento sobre existência de serviços de fisioterapia no HGO	52
Tabela 6.18 – Os serviços estão estruturados?	52
Tabela 6.19 – Já recomendou ou já viu uma recomendação em paciente do hospital fazer fisioterapia?	53
Tabela 6.20 – Com que frequência vê recomendar ou recomenda aos pacientes os serviços de fisioterapia?	53
Tabela 6.21 – Qual o motivo?	53
Tabela 6.22 – Local de encaminhamento dos pacientes que necessitam de fisioterapia em caso em que hospital não poder dar assistência	54
Tabela 6.23 – Nesta unidade são atendidos vítimas de acidentes (automobilísticos, domésticos, arma de fogo, etc.)?	54
Tabela 6.24 – Principais motivos dos acidentes	54
Tabela 6.25 – Recebem, neste hospital, alguns pacientes com sequelas de doenças neurológicas?	55
Tabela 6.26 – A fisioterapia pode diminuir neste tempo de internamento?	55
Tabela 6.27 – Opinião, sobre existência de uma valência músculo esquelética, melhoraria a assistência à saúde no HGO.	55

## Índice de figuras

Figura 2.1 – Impacto do tratamento de fisioterapia no processo de incapacitação	11
Figura 2.2 – Etapas da abordagem do fisioterapeuta	15
Figura 4.1 – Setor da Saúde de Angola	29
Figura 6.1 – Género dos profissionais e saúde	45
Figura 6.2 – Cargo ocupado pelos profissionais de saúde	47
Figura 6.3 – Conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no HGO	48

## Lista de abreviaturas

AESST – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho  
AMAD – Agência Mundial Anti-Doping  
APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas  
APTA – *American Physical Therapy Association*  
ARS – Administração Regional de Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CATV – Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária  
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde  
CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DNFQ – Direção Nacional da Formação de Quadros  
DPC.ALV – Desenvolvimento Profissional Contínuo. Aprendizagem ao Longo da Vida  
DORT – Doenças Osteomusculares Relacionadas com o Trabalho  
DT – Diagnóstico e Terapêutica  
ERA – Escola de Reabilitação de Alcoitão  
ERS – Entidade Reguladora de Saúde  
ESSA – Escola Superior de Saúde de Alcoitão  
ESTES – Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde  
ESTESL – Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa  
ETPS – Escola Técnica Provincial de Saúde de Luanda  
ETSS – Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar  
FAA – Forças Armadas Angolanas  
HGO – Hospital Geral de Ondjiva  
IPI – Intervenção Precoce na Infância  
ISPRA – Instituto Superior Privado de Angola  
LER – Lesões por Esforços Repetitivos  
LME – Lesões Músculo-Esqueléticas  
LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho  
MFR – Medicina Física e de Reabilitação  
MINARS – Direção Provincial do Ministério da Reinserção Social  
MINSÁ – Ministério da Saúde de Angola  
OGE – Orçamento Geral do Estado  
OMS – Organização Mundial de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

USAID – *United States Agency for International Development* (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional)

WCPT – *World Confederation for Physical Therapy*

WDI – *World Development Indicators*

WHO – *World Health Organization*

## Introdução

---

O presente trabalho de investigação surge como requisito de aquisição do grau de mestre e o seu principal objetivo é elaborar uma proposta de implementação da valência músculo esquelética na área de fisioterapia no Hospital Geral de Ondjiva (HGO), no Cunene, em Angola. Permitindo assim a esta população o acesso ao atendimento nesta área.

O trabalho está organizado em duas partes – revisão de literatura e estudo empírico –, sendo constituído por sete capítulos. A primeira parte é constituída pelos primeiros quatro capítulos e a segunda pelos três últimos (capítulos 5, 6 e 7) e a conclusão.

O primeiro e o segundo capítulo estão interligados, no entanto, no primeiro procede-se a breve contextualização da evolução da fisioterapia, numa perspetiva mais geral, em Angola e em Portugal já o segundo capítulo centra-se na fisioterapia como profissão e disciplina académica. Neste sentido, caracteriza-se e explica-se a organização da fisioterapia, apresenta-se o seu conceito, as etapas de intervenção. Também não se podia deixar de parte o profissional - o fisioterapeuta - refletindo-se o seu papel, bem como a sua intervenção nas lesões músculo-esqueléticas e a sua função enquanto promotor de saúde.

O terceiro capítulo dedica-se à caracterização de Angola e da Província do Cunene, apresentando-se dados geográficos e demográficos e a divisão administrativa, a situação económica e a pobreza do país e dados demográficos e indicadores de saúde. Neste capítulo apresenta-se também o HGO e o contexto geral do Cunene.

O quarto capítulo foca o sistema nacional de saúde de Angola, apresentando o setor da saúde deste país, sistema nacional de saúde, a distribuição das unidades de saúde e os seus pontos fortes e pontos fracos do sistema de saúde angolano.

O quinto capítulo inicia a segunda parte do trabalho e apresenta a metodologia de investigação, onde se explicam, a problemática de estudo, os objetivos e a pergunta de investigação. O método de estudo é essencialmente quantitativo, no entanto, na recolha de informação utilizaram-se técnicas como o questionário, um instrumento característico da investigação quantitativa, e a entrevista semi-estruturada, instrumento característico da investigação qualitativa. Para auxiliar a interpretar e compreender os dados recolhidos através dos questionários recorreu-se à análise estatística e, à análise de conteúdo para os dados recolhidos na entrevista. Os questionários foram aplicados a 27 profissionais de saúde do hospital, dos quais fazem parte médicos, enfermeiros licenciados, enfermeiros técnicos médios e uma fisioterapeuta, e entrevista foi realizada à administradora do HGO.

No sexto capítulo apresentam-se os resultados obtidos nos questionário e na entrevista, bem como a sua discussão, isto é, confronto com os dados presentes na literatura e no sétimo

capítulo, apresenta-se a proposta de implementação da valência de músculo esquelética na área de fisioterapia do HGO, chegando-se assim às conclusões finais do estudo.

# PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

## 1. Contextualização da fisioterapia

---

O presente capítulo tem como objetivo principal contextualizar a fisioterapia, em primeiro numa perspetiva global e abordando a sua evolução em Angola e Portugal. Em seguida, não desconsiderando o contexto de realização do trabalho, terminando-se com a evolução da fisioterapia como ciência e área do saber da saúde.

### 1.1. O percurso evolutivo da fisioterapia

Etimologicamente, a palavra *terapia* deriva do grego, da palavra *therapein*, terapia/tratamento, sendo o "método de tratar doenças e distúrbios da saúde, tratamento de saúde"<sup>1</sup>. A fisioterapia é um dos muitos tipos de terapia, sendo de origem grega, derivando também da palavra *phýsis* (físio) que, traduzida, significa "tratamento de doenças mediante massagens, exercícios físicos, aplicações de luz, calor, eletricidade e utilização de aparelhos mecânicos, elétricos e eletrônicos"<sup>2</sup>.

De acordo com Lucas (2005), o termo fisioterapia significa "terapia por meios naturais" apesar de, atualmente, esta não se reduzir ou limitar a este tipo de recursos, questão que gerou alguma controvérsia e que levou diversos autores a debater a adequabilidade do termo mediante as atuais características desta área e profissão.

A origem da fisioterapia remonta aos primórdios da civilização, já que o Homem recorria a procedimentos de fisioterapia como a massagem, o exercício e a hidroterapia (Lopes, 1994). Para Albuquerque (2011) e Williams (1986), o termo fisioterapia, em inglês *physiotherapy*, surgiu, pela primeira vez, em 1905, no *British Medical Journal*, e nesse mesmo ano, realizou-se o primeiro Congresso Internacional de Fisioterapia (Gil, 1990).

Contudo existem registros de que a utilização de recursos fisioterapêuticos era realizada desde a Antiguidade, entre 4000 a.C. e 395 d.C., procurando eliminar doenças através de agentes físicos, como o sol, a luz, o calor, a água, a eletricidade e os movimentos do corpo humano. Também na China foram encontrados registros da utilização de cinesioterapia em 2698 a.C. e na mesma época, na Índia, eram utilizados exercícios respiratórios para evitar a constipação (Rebelatto & Botomé, 1999).

---

<sup>1</sup> Informação retirada do *website*: <http://www.pauloherndes.pro.br/dicas/001/dica047.html>. *Website* dedicado ao estudo da língua portuguesa.

<sup>2</sup> Informação retirada do *website*: <http://www.pauloherndes.pro.br/dicas/001/dica047.html>.

De acordo com Shestack (1979), na Antiguidade, os médicos conheciam os agentes físicos e aplicavam-nos em terapia, recorrendo á eletroterapia, sob a forma de choques com um peixe elétrico para o tratamento de certas doenças.

Na Idade Média, onde a ordem social era estabelecida no plano divino, não se verificaram grandes mudanças nem evolução nos estudos e na atuação na área da saúde e por isso, a fisioterapia desenvolvida neste período tinha a finalidade não de curar, mas sim de incrementar a potência física (Rebelatto & Botomé, 1999). Portanto, houve estagnação na investigação e no desenvolvimento de conhecimentos relativos à saúde, pois, devido à cultura religiosa característica desta época, o corpo era desvalorizado e considerado apenas a embalagem do espírito (Sanchez, 1984).

Com o renascimento entre os séculos XV e XVI, uma época descrita como uma fase de crescimento científico e literário, os estudos realizados realçavam não só a vertente curativa, mas também a manutenção do estado normal de indivíduos sãos. Realizaram-se estudos quanto ao bem-estar físico do indivíduo e, além da preocupação com o tratamento, assistiu-se a uma preocupação com a manutenção as condições normais já existentes em organismos saudáveis (Sanchez 1984).

Na passagem do Renascimento para a Industrialização, várias investigações foram realizadas sobre exercícios físicos e a terapia através do movimento, destacando-se investigadores como Da Vinci, Galilei e Borelli (Rebelatto & Botomé, 1999).

Com a Industrialização decorrida entre os séculos XVIII e XIX, assiste-se a um avanço na utilização de máquinas e a uma transformação social determinada pela produção em massa. Se por um lado se assistiu ao desenvolvimento das cidades por outro, surgiram condições alimentares e sanitárias precárias, grandes jornadas de trabalho, acidentes de trabalho e o trabalho infantil, o que contribuiu para o aparecimento de novas doenças.

O aparecimento e a proliferação de novas doenças e epidemias, como a cólera, a tuberculose e o alcoolismo, exigiram o desenvolvimento da medicina (Sanchez, 1984), pelo que os estudos realizados enfatizaram o tratamento das doenças e respetivas sequelas. No entanto, outras vertentes foram desvalorizadas, ou seja, a manutenção de uma condição satisfatória e a prevenção de doenças foram deixadas de parte.

Com a atenção ao tratamento emerge a ideia de atendimento hospitalar e posteriormente, ainda no século XIX, surgem as especializações médicas (Rebelatto & Botomé, 1999). A Fisioterapia seguiu a mesma direção, tendo-se dividido em diferentes especialidades, realçando-se o facto de a sua evolução ter acompanhado as diferentes mudanças na sociedade.

No decorrer do século XIX investigadores europeus desenvolveram estudos sobre a utilização de recursos que mais tarde foram reconhecidos como do domínio da fisioterapia, destacando-se Zander que criou um conjunto de exercícios terapêuticos realizados através de aparelhos

e que depois ficou definida como mecanoterapia; e Frenkel que concebeu os exercícios realizados para combater as incoordenações motoras, baseados em movimentos precisos e repetitivos (Rebelatto & Botomé, 1999).

No decorrer da Primeira Guerra Mundial, ocorrida entre 1914 e 1918, devido ao grande número de feridos e à existência de sequelas transitórias e permanentes, emerge a necessidade de formação de equipas de profissionais de saúde, sendo criados os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas na Alemanha em 1916 (Sanchez, 1984).

No século XX importa destacar dois importantes marcos da história da fisioterapia: o primeiro decorreu em 1921 e corresponde à fundação *American Physical Therapy Association*, nos Estados Unidos da América; e o segundo ocorreu em 1951, em Copenhaga, na Dinamarca dizendo respeito à fundação da *World Confederation for Physical Therapy* que, atualmente tem sede em Londres, no Reino Unido (Ferreira, 2012). Em 1951 13 países aderiram à confederação mundial e no final de 2001, já eram 82 os países associados (Barros, 2003), dos quais Portugal faz parte. Aqui, também importa lembrar António Manuel Lopes, fisioterapeuta português e o primeiro presidente da Confederação Mundial de Fisioterapia, o qual foi *Chairman* da Região Europeia da Confederação Mundial de Fisioterapia.

### 1.1.1 Evolução da fisioterapia em Angola e Portugal

A evolução da fisioterapia em Angola, como área científica e técnica, acompanhou as mudanças históricas, políticas e sociais. Estas mudanças influenciaram, não só, o exercício, o ensino, mas também a forma como se entendia a realidade de intervenção a nível da Província Ultramarina (Alves, 2007). Assim, pode dizer-se que cada época e cada mudança política-social influenciou a formação da fisioterapia enquanto ciência e área do saber da saúde, bem como nas atitudes e práticas dos fisioterapeutas relativamente ao desenvolvimento a profissão.

Portanto, ao longo da evolução da fisioterapia é possível destacar três marcos históricos, que ocorreram a partir de 1964: Período da Pré-Independência; Período da República Popular de Angola; Período da Reforma Atual (Faustina, 2007).

É no período da pré-independência, em 1964, que ocorre o primeiro grande marco da fisioterapia, com a criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (ETSS). As ETSS foram criadas pelo Decreto-Lei n.º 45.541 do Ministério do Ultramar de 23 de Janeiro de 1964 e regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 45.818 de 15 de Julho de 1964.

Em 1967, devido ao desenvolvimento dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar, a Escola de Saúde da Calouste Gulbenkian inaugurou a 7 de Setembro e, enquanto Escola Técnica dos Serviços de Saúde e Assistência de Angola, em Luanda, disponibiliza o Curso de Ajudantes Técnicos de Fisioterapia, Auxiliares de Fisioterapia, Ajudantes Técnicos de

Eletroterapia, entre outros técnicos também eles da área da saúde. De acordo com Alves (2007), no que respeita à formação, ficou evidente uma assimetria entre o Continental e o Ultramar, já que se formaram os Auxiliares e os Técnicos de Fisioterapia, num primeiro grupo de promoção e no segundo formaram-se os Fisioterapeutas, antecipando inclusivamente o aparecimento dos cursos de reabilitação da SCML (Portaria nº 22.034 de 1966).

Em 1970, os cursos militares tiveram equivalência aos cursos de Técnicos de Fisioterapia da Escola dos Serviços de Saúde Militar do continente (Portaria n.º 457/70 de 15 de Setembro) e dos Hospitais Militares de Luanda e Lourenço Marques (portaria nº 11/75 de 4 de Janeiro). Devido à desorganização esta modalidade de formação deixou de existir, levando muitos fisioterapeutas a emigrar para Portugal, tendo sido reintegrados no Sistema de Saúde Português no entanto, foram reintegrados no Sistema de Saúde Português e o seu mérito e competência foi reconhecido. A evolução da formação de diversos grupos de profissionais foi integrada na carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), ao abrigo do Decreto-Lei n.º 45.817 de 15 de Julho de 1964 do Ultramar (Sousa Coutinho, 1998).

Nos anos 70 os fisioterapeutas integram a Carreira dos Técnicos de Terapeutas, por via do Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de Setembro (Portugal), contudo, o mesmo não aconteceu depois de 1975. Como em Angola o número de fisioterapeutas e técnicos era reduzido, os seus perfis ocupacionais tinham a oportunidade sobressair. As atividades e tarefas de cada um dos grupos estavam bem distribuídas e os profissionais foram integrados nas equipas clínicas dos diversos distritos, destacando-se o Centro de Medicina Física e Reabilitação de Luanda, o que contribuiu para o crescimento e evolução da própria identidade profissional no período da pré-independência.

O período da República Popular de Angola é dividido em duas fases: a fase de emergência e a fase de situação transitória.

Na fase de emergência é possível diferenciar duas fases, uma é marcada pela inquietação com a fuga dos profissionais de saúde, principalmente dos fisioterapeutas, a outra, caracteriza-se pelo desaparecimento dos programas de formação. Tal situação conduziu à necessidade de se formarem técnicos de fisioterapia, de modo a darem resposta às exigências da assistência, em particular no que toca aos pacientes com lesões músculo-esqueléticas e neuromusculares, provocadas por traumatismo de guerra.

O Ministério da Saúde concebe um currículo para formação básica, com a realização de cursos de 2 e 3 anos e seis meses. A Escola Técnica de Saúde e Assistência assume um novo estatuto, passando a chamar-se de Escola Técnica Provincial de Saúde de Luanda (ETPS). Em 1976 esta escola reabre e disponibiliza um curso de formação para técnicos de nível básico, com corpo docente formado por: uma Técnica de Electroterapia (Fisioterapeuta), Auxiliares de Fisioterapia, Ajudantes Técnicos de Radiologia e Enfermeiros de Reabilitação Física. A este corpo docente juntaram-se ainda alguns Técnicos Auxiliares de Fisioterapia

para exercerem a atividade de monitores no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Luanda (CMFRL). O CMFRL era uma unidade de referência para realização de práticas e estágios curriculares supervisionados, que depois eram colocados para o exercício profissional no próprio centro, nos hospitais do terceiro nível em Luanda e nas províncias, em particular, nos Centros Ortopédicos.

A fase de situação transitória prolongou-se pelos anos 80 e 90 e assiste-se a uma degradação da área de fisioterapia. Ou seja, a formação de técnicas ocorria sem planos, o nível académico os candidatos aos cursos de fisioterapia degradava-se ano após ano, bem como o nível de assistência prestado e os serviços de fisioterapia. Foi uma fase marcada pela desmotivação dos profissionais.

O terceiro e último marco histórico da fisioterapia em Angola, designa-se de Período da Reforma Atual, tendo-se iniciado nos anos 90 e prolongado até aos dias de hoje. Neste período assiste-se ao encerramento dos cursos básicos da ETPSL, seguido das reformas curriculares.

Através do Despacho n.º 519/MS/GM/2002, o MINSA cria a Comissão Nacional para elaboração de currículos direcionados para cursos de promoção e de especialidades no âmbito do plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos. A Comissão Nacional constituiu a Comissão Nacional de Reformas do Ensino em Saúde e procedeu à reformulação dos currículos dos diferentes cursos, no âmbito do Subsistema do Ensino Técnico Profissional e Reforma Curricular, prevista na Lei n.º 13/01, 31 de Dezembro, tendo em consideração o contexto da formação Intermédia para profissionalização de candidatos com 12.ª classe de Ensino Secundário Geral. Esta formação é da responsabilidade da Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda, no entanto, está sob a tutela do MINSA e tem uma duração de três anos, saindo com o título profissional de Técnico Profissionalizante sem grau académico.

De acordo com os princípios da WCPT, os profissionais formados nessa base são qualificados com o grau académico de Bacharel em fisioterapia e título de fisioterapeutas. No entanto, hoje ainda não está definida a possibilidade do ensino superior no âmbito do Diagnóstico e Terapêutica (DT), em especial, o de fisioterapia ao nível formal.

Mas, atendendo ao ensino superior privado em Angola e à sua evolução, o ISPRA (Instituto Superior Privado de Angola) é reconhecido pelo Ministério da Educação, por via do Decreto-Lei n.º 37/00 e destaca-se no Sistema de Ensino Superior em Saúde com a abertura de alguns cursos de licenciatura de Diagnóstico e Terapêutica, dos quais a Fisioterapia faz parte.

No tocante a Portugal, a primeira referência feita à fisioterapia enquanto profissão, surgiu em Diário do Governo em 1901, sendo seguida de diversas alterações quanto à sua designação e função, sempre acompanhada por uma idêntica e inseparável evolução das restantes profissões tecnológicas de saúde e com o próprio conceito e perspetivas da reabilitação

(Coutinho, 2003). E, segundo Batista (2012), até 1966, era da responsabilidade do Ministério da Saúde e aos órgãos e instituições de saúde a formação de técnicos de saúde, nos quais estavam incluídos os, atualmente, fisioterapeutas.

Em 1918, os Hospitais Cívicos de Lisboa criaram os Serviços de Agentes Físicos, onde os profissionais passaram a ser designados de ajudantes técnicos, designação oficializada em 1931 (Lopes, 1994). Mais tarde, em 1927, o Decreto-Lei n.º 13974 de 27 de junho regulamenta o acesso ao exercício de preparador (Coelho, 2006) e, em 1938, o Decreto-Lei n.º 28794 de 1 de julho, estabelece a carreira dos profissionais dos Serviços de Agentes Físicos, a qual foi definida em função destas categorias: médico fisioterapeuta, ajudante técnico de fisioterapia, 2º ajudante técnico de fisioterapia, auxiliar de fisioterapia e barbeiro (Rebelo, 2008).

Em 1957, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa criou os primeiros cursos de reabilitação (Grilo, 2010) e em 1961 a fisioterapia, tal como outras profissões tecnológicas da saúde, conquista o seu estatuto com a criação de técnicos e auxiliares de fisioterapia através da Portaria n.º 18.523 de 12 de junho de 1961. A 12 de Novembro de 1960 é fundada a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), a qual integrou a WCPT três anos mais tarde (Guerra, 2010). A APF é uma organização sem fins lucrativos que tem como missão defender a ética e o código deontológico e garante a qualificação profissional dos fisioterapeutas.

A partir de 1966 a Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA) regulamenta um terceiro nível de formação que conferia o estatuto de fisioterapeuta e neste mesmo ano a Portaria 22034 de 4 de junho cria a ERA, sendo a responsável oficial, pela introdução do título de fisioterapeuta em Portugal (Rebelo, 2008). A designação oficial de fisioterapeuta surgiu, em primeiro lugar, no Portugal Ultramarino e apenas em 1966, em Portugal Continental (Rebelo, 2008). Em 1982, o Decreto-Lei n.º 371 de 10 de Setembro dá origem às Escolas Técnicas de Diagnóstico e Terapêutica de Lisboa, Porto e Coimbra que, juntamente com a ERA, passaram a ser tuteladas pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde e foram publicados os primeiros planos de estudo em Diário da República (Rebelo, 2008). Em 1986, por via da Portaria nº 256 – A/1986 de 28 de maio, foram definidos os conteúdos funcionais destes técnicos, bem como as competências das várias categorias profissionais (Coutinho, 2003). A par desta sua evolução, a fisioterapia abre caminhos no mercado privado, com uma tendenciosa liberalização, sendo feitos os primeiros investimentos em iniciativas particulares, o que divulgou a profissão e permitiu um maior acesso da população a este tipo de serviços (Coutinho, 2003). Em 1993, o Decreto-Lei n.º 261/93 de 2 de julho, estabelece a primeira definição de fisioterapia e a regulamentação do seu exercício e a ERA passou a integrar o Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão – CMRA –, passando a fazer parte do ensino superior privado e cooperativo, e desde 1994 até hoje, chama-se Escola Superior de Saúde de Alcoitão – ESSA (Rebelo, 2008). Ainda no ano de 1993, as restantes Escolas passam a

integrar o Sistema Educativo Nacional do Ensino Superior Politécnico e foram designadas de Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde (Coelho, 2006).

Em 1997 o Decreto-Lei n.º 280/97 de 15 de outubro procede à sua integração legal e oficial no ensino superior politécnico com grau de bacharel e, apenas em 1999 lhes foi concedida a autorização para os graus de bacharel e licenciatura, verificando-se uma subida de grau académico (Coutinho, 2003). Neste mesmo ano, é estabelecido o estatuto legal de TDT para a licenciatura em fisioterapia. O Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, ainda hoje em vigor, estabelece o estatuto legal da carreira de TDT e define o conteúdo funcional da fisioterapia, além de outras profissões.

Já no novo milénio, no ano 2000, surgem as licenciaturas bietápicas em Tecnologias da saúde (Coelho, 2006) e, em 2002, é publicado o aviso n.º 9448/2002 de 29 de Agosto, subordinado ao Manual das Boas Práticas da Medicina Física e Reabilitação e onde os fisioterapeutas são incluídos no vasto leque de profissões e atividades que atuam no âmbito da especialidade médica de fisioterapia (Bártolo, 2009). Por fim, desde 2008 até aos dias de hoje, devido à aprovação dos planos de estudo com o tratado de Bolonha, a formação superior em fisioterapia corresponde a 4 anos de licenciatura num único ciclo, colocando a formação dos fisioterapeutas portugueses ao nível da maioria dos países europeus (Grilo, 2010).

Concluindo, ao longo da sua história, a fisioterapia foi sofrendo diversas mudanças, desenvolvendo-se enquanto ciência e área do saber, acompanhando as mudanças sociais e respetivas mudanças de paradigmas, também no que diz respeito à realidade angolana, verifica-se o mesmo.

## 2. Fisioterapia em contexto hospitalar

---

Neste capítulo pretende-se abordar a fisioterapia no âmbito do contexto hospitalar. Deste modo num primeiro momento a atenção prende-se na fisioterapia, ou seja, no seu conceito, etapas de intervenção, caracterização e organização, bem ainda como com questões como áreas e programas de intervenção da fisioterapia.

Num segundo momento a atenção volta-se para o profissional, o fisioterapeuta e o seu papel, e como ele pode ser um promotor de saúde, terminando com a intervenção do fisioterapeuta nas lesões músculo esqueléticas.

### 2.1. Fisioterapia

#### 2.1.1. Conceito

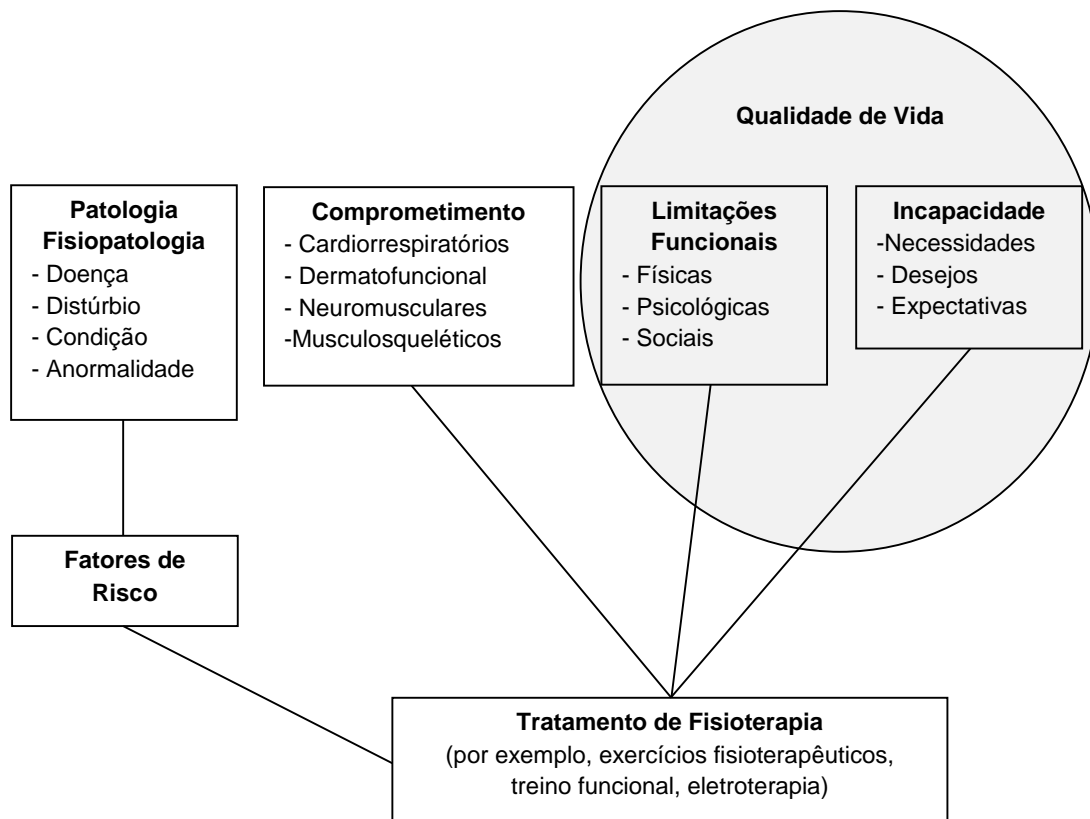
A fisioterapia é uma área da saúde, tem como função analisar, avaliar, prevenir e tratar disfunções cinético-funcionais que afetam organismo do utente. A fisioterapia é, essencialmente, frequentados por utentes que apresentam comprometimentos físicos associados a lesão, doenças ou distúrbios que causam incapacidade (Kisner & Colby, 2005). Contudo, parece-nos importante salientar que as pessoas podem procurar os serviços de fisioterapia não apenas quando apresentam uma lesão, podendo fazê-lo com o intuito de melhorar o seu desempenho físico em geral, ou mesmo para prevenir o risco de doença ou lesão (Grilo, 2010).

Esta ciência particular da área da saúde é definida como um corpo de conhecimentos e aplicações clínicas que tem o objetivo de eliminar ou resolver desordens do movimento ou disfunções do sistema neuro-musculo-articular (Langendoen, 2004; Rothstein, 1994). Em jeito de pequeno apontamento, incapacidade é aqui entendida como o impacto e as consequências funcionais de condições agudas ou crónicas (por exemplo, doença, lesão, atraso no desenvolvimento, entre outros) que colocam em causa a capacidade do indivíduo para desempenhar papéis necessários e habituais e esperados pela sociedade (Verbrugge & Jette, 1994).

Do ponto de vista científico, a fisioterapia está sistematizada pelos estudos da biologia, morfologia, fisiologia, patologia, biofísica, bioquímica, biomecânica e cinesia funcional, sendo esta sistematização a responsável pela criação de recursos terapêuticos e que baseiam as suas ações (Castilho, 2006). A WCPT (2011) explica que a fisioterapia fornece serviços individuais e como à comunidade, com a finalidade de promover, manter e restaurar o máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida, prestando serviços em circunstâncias em que o movimento e a função estão ameaçados pela idade, lesão, doença ou condições ambientais.

Como em qualquer intervenção, também no caso a fisioterapia, é necessário que o fisioterapeuta identifique qual o processo de incapacitação do utente e, apesar dos muitos modelos explicativos do processo e incapacidade, todos eles têm em consideração quatro componentes fundamentais e elas são: patologia aguda ou crónica, comprometimentos, limitações funcionais e incapacidades (Grilo, 2010).

A figura que segue diz respeito ao impacto do tratamento de fisioterapia no processo de incapacitação.



**Figura 2.1** – Impacto do tratamento de fisioterapia no processo de incapacitação.

**Fonte:** Retirado de Grilo (2010, p. 119).

Na verdade, a fisioterapia “presta cuidados a indivíduos e populações de forma a desenvolver, manter e restituir o máximo movimento e capacidade funcional ao longo do ciclo de vida” (Girão & Alves, 2013, p. 36).

Podemos dizer que existem sinais e sintomas que refletem os compromissos de um ou mais sistemas corporais – músculo-esquelético, neuromuscular, cardiorrespiratório e tecidual, sendo a maioria deles o resultado de alterações na função fisiológica ou na estrutura orgânica.

Na tabela seguinte encontram-se alguns compromissos físicos comuns e frequentes que são tratados em fisioterapia.

**Tabela 2.1** – Comprometimentos físicos tratados em fisioterapia.

Sistemas Corporais	Comprometimentos Físicos
<b>Músculo esquelético</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor;</li> <li>• Fraqueza muscular;</li> <li>• Limitações na amplitude de movimento;</li> <li>• Hipermobilidade articular;</li> <li>• Alterações posturais;</li> <li>• Desequilíbrios musculares.</li> </ul>
<b>Neuromuscular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor;</li> <li>• Equilíbrio comprometido;</li> <li>• Descoordenação motora;</li> <li>• Atraso no desenvolvimento motor;</li> <li>• Tónus muscular anormal;</li> <li>• Estratégias de movimento funcional ineficazes ou ineficientes.</li> </ul>
<b>Cárdio respiratório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade aeróbia diminuída;</li> <li>• Circulação comprometida;</li> <li>• Dor durante atividade física assistida.</li> </ul>
<b>Dermatofuncional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipomobilidade da pele (cicatriz imóvel, por exemplo).</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado de Kisner e Allen (2005).

Na opinião de O’Sullivan e Schmitz (2004), os comprometimentos podem ser classificados como diretos, indiretos ou compostos. Os primeiros resultam da patologia traduzindo-se em alterações específicas em funções ou estruturas anatómicas, fisiológicas ou psicológicas, sendo consequências naturais da patologia; os segundos são o resultado de sequelas ou complicações que surgem em órgãos e/ou sistemas que não os afetados pela doença inicial; por fim, os compostos integram os efeitos diretos e indiretos da patologia original (O’Sullivan & Schmitz, 2004). O exercício da profissão de fisioterapeuta pode ocorrer em diferentes segmentos, como clínico de saúde coletiva e educacional (Barros, 2003), pelo que a prática varia em função do contexto em que se desenvolve, bem como do tipo de intervenção isto é, quer se trate de promoção da saúde, prevenção, manutenção, tratamento, habilitação ou reabilitação (WCPT, 2007).

A tabela que se segue apresenta cada domínio de intervenção da fisioterapia de acordo com a WCPT.

**Tabela 2.2** – Áreas de intervenção da fisioterapia.

<b>Área de Intervenção</b>	<b>Descrição</b>
<b>Promoção da saúde</b>	É muito importante promover o bem-estar <sup>3</sup> dos indivíduos e da sociedade, lembrando a importância da prática de atividade e exercício físico.
<b>Prevenção de Incapacidades</b>	Preocupa-se em impedir o aparecimento de incapacidades <sup>4</sup> , deficiências <sup>5</sup> , limitações de atividade <sup>6</sup> e restrições na participação <sup>7</sup> em indivíduos de risco, os quais podem ser afetados com alterações na funcionalidade como consequência das condições de saúde, do estilo de vida ou dos fatores ambientais <sup>8</sup> .
<b>Prestação de Tratamentos / Intervenções</b>	Este domínio tem o objetivo de devolver a integridade dos sistemas corporais fundamentais para a maximização da mobilidade e funcionalidade, minimizando a incapacidade, visando o aumento da qualidade de vida e independência funcional.
<b>Aconselhamento da envolvente ambiental</b>	Área que se caracteriza pela modificação de possíveis barreiras <sup>9</sup> (por exemplo: ambiente físico inacessível), seja no domicílio ou no local de trabalho. Além disso, os fisioterapeutas podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública e políticas de saúde, a nível local, nacional ou internacional.

**Fonte:** Elaboração própria, fundamentada na informação disponibilizada pela WCPT (2007).

<sup>3</sup> Bem-estar traduz-se num “termo geral que engloba o universo total dos domínios da vida humana incluindo os aspetos físicos, mentais e sociais, que compõem o que pode ser chamado de uma “vida boa”. Os domínios da saúde são um subconjunto dos domínios que compõem o universo total da vida humana” (WHO & DGS, 2004, p. 185).

<sup>4</sup> É “um termo genérico (“chapéu”) para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação, indica os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)” (WHO & DGS, 2004, p. 186).

<sup>5</sup> Deficiência corresponde a “uma perda ou anormalidade” (referente estritamente a uma variação significativa das normas estatisticamente estabelecidas) de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais)” (WHO & DGS, 2004, p. 187).

<sup>6</sup> Limitações de atividade são “dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades, podendo variar de um desvio leve a grave em termos de quantidade ou da qualidade na execução da atividade comparada com a maneira ou extensão esperada em pessoas sem essa condição de saúde” (WHO & DGS, 2004, p. 187).

<sup>7</sup> De acordo com a CIF as restrições na participação são “problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real, é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade” (WHO & DGS, 2004, p. 187).

<sup>8</sup> Os fatores ambientais englobam “todos os aspetos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto e vida de um indivíduo e, como tal, têm impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa” (WHO & DGS, 2004, p. 187).

<sup>9</sup> Segundo a CIF as barreiras traduzem-se em “fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam incapacidade” (WHO & DGS, 2004, p. 188).

Tal como pode intervir em diversos domínios, a fisioterapia também pode ser realizada em diferentes contextos como unidades de cuidados na comunidade, centros de saúde, hospitais, clínicas, escolas, lares de idosos, centros desportivos, podendo existir ainda outros locais (Ferreira, 2012). Neste sentido, de acordo com o enquadramento cultural, social e económico, as funções que o fisioterapeuta pode desempenhar são, segundo vários autores e organizações (Bury, 2003; Kay, Kilonzo & Harris, 1994; Twible & Henley, 2000; WCPT, 2003; WHO, 1995), as seguintes:

- Promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prestação de cuidados diretos;
- Prevenção de incapacidades e deformidades;
- Educação e ensino de pessoas com deficiência, promovendo a sua auto-suficiência e autonomia;
- Educação e formação de profissionais com o intuito de transferir de competências;
- Consultoria, aconselhamento, apoio e supervisão de outros cuidados de saúde pessoal;
- *Team leaders* e gestores;
- Defesa, ou seja, a profissão do fisioterapeuta também associada a si uma responsabilidade social que passa por defender pessoas com deficiência, comunidades locais e a própria profissão;
- Assessores de governos, organizações não-governamentais e comunidades locais para desenvolvimento de programas.

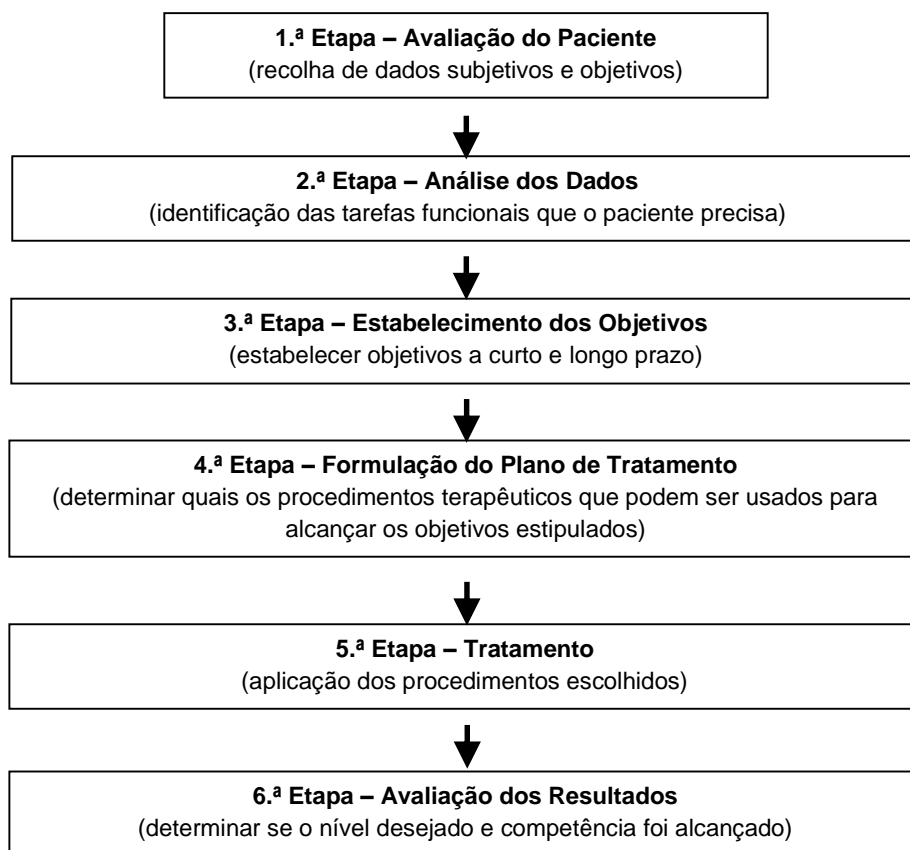
De facto, a fisioterapia desempenha um papel fulcral ao promover o controlo da sintomatologia, ao maximizar as capacidades funcionais, ao promover a educação e orientação de quem cuida, ao contribuir para a autonomia do indivíduo e ao promover o seu senso de identificação no meio que o rodeia (Júnior & Reis, 2007).

Representa uma importante área da saúde e também ela assume um papel de relevo no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, pelo que as competências adquiridas por este profissional são fundamentais para a identificação das necessidades do paciente e respetiva resposta e tratamento.

Além disso, o seu papel também é destacado uma vez que é crucial para a identificação pessoal do paciente, o qual assume um papel ativo em todo o tratamento (Mackey & Sparlin, 2000).

## 2.1.2. Etapas da intervenção em fisioterapia

Na perspetiva de O`Sullivan e Schmitz (2004), a intervenção em fisioterapia desenvolve-se ao longo de um conjunto de etapas que estão interrelacionadas, que asseguram a realização de um tratamento eficaz para as necessidades do utente. Estas etapas estão representadas na figura seguinte:



**Figura 2.2** – Etapas da abordagem do fisioterapeuta.

**Fonte:** Adaptado de O`Sullivan e Schmitz (2004).

A primeira etapa corresponde à avaliação do paciente, o fisioterapeuta procede à recolha de dados objetivos e subjetivos, recorrendo à realização de uma entrevista, à consulta do registo médico, ou de exames de triagem (O`Sullivan & Schmitz, 1993).

A segunda etapa designada de análise de dados, serve para se organizar, analisar e interpretar os dados recolhidos na avaliação. Esta análise tem o objetivo de classificar a desordem funcional e, identificar as dificuldades que possam estar relacionadas com o problema detetado (Langendoen, 2004). A fase seguinte corresponde ao estabelecimento dos objetivos a curto e longo prazo os primeiros incluem algumas das capacidades necessárias para atingir os objetivos finais da fisioterapia, e por sua vez, segundo indicam o nível de desempenho esperado para o paciente no final da fisioterapia.

A quarta etapa serve para delinear o Plano de Tratamento em função dos objetivos previamente estabelecidos, optando o fisioterapeuta pelos procedimentos terapêuticos mais apropriados para atingir as metas estabelecidas. Para Kisner e Colby (2005) e Porter (2005),

é da responsabilidade do fisioterapeuta, após a avaliação das necessidades do utente, oferecer as melhores opções de tratamento. Depois de escolhido o tratamento, deve ser feita uma estimativa da duração total do mesmo, da frequência, duração e intensidade de cada sessão de tratamento (O`Sullivan & Schmitz, 2004).

A quinta etapa corresponde ao tratamento efetivo do paciente, que consiste num processo dinâmico de interação constante entre o profissional e o utente (O`Sullivan & Schmitz, 2004), devendo o primeiro prestar atenção ao modo como orienta o paciente para a execução dos exercícios terapêuticos (Kerssens et al., 1999). Explicar como realizar os exercícios, fornecer informação básica e importante são essenciais no processo de tratamento (Kisner & Colby, 2005; O`Sullivan & Schmitz, 2004), devendo as instruções ser personalizadas e adequadas às especificidades de cada caso (Kerssens et al., 1999).

A abordagem mais utilizada no tratamento passa por organizar e orientar os exercícios terapêuticos, acompanhados de instrução verbal e explicação com a demonstração visual ou assistência manual (Talvitie, 2000; Talvitie & Reunanen, 2002). Importa ainda salientar que, após a execução de um movimento, tarefa ou exercício, é fundamental que o fisioterapeuta forneça feedback ao paciente (Kisner & Colby, 2005; Parry, 2005; Talvitie, 2000).

A sexta e última etapa, mas nem por isso a menos importante, é progressiva e implica uma reavaliação contínua do paciente, bem como da eficácia do tratamento. A avaliação dos resultados do tratamento permite determinar se o paciente alcançou o nível de competência inicialmente estipulado para cada capacidade, integrada no plano de tratamento (O`Sullivan & Schmitz, 2004).

### 2.1.3. Áreas e programas de intervenção da fisioterapia

Tal como outras áreas da saúde, também a fisioterapia atua ao nível dos cuidados primários, secundários e terciários, onde estão presentes as três funções e/ou objetivos da sua intervenção (Guerra, 2010, p. 2):

- Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral;
- Prevenção de diminuições, limitações funcionais, incapacidades em indivíduos em risco de comportamentos alterados do movimento, devidos a fatores relacionados com saúde, sócio económicos ou de estilo de vida;
- Intervenção, com o fim de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, e dando ênfase à qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos, com alterações do comportamento dos movimentos resultando em diminuições, limitações funcionais e incapacidades.

De facto, a fisioterapia é uma área essencial nos sistemas saúde, podendo os seus profissionais “praticar independentemente de outros profissionais de saúde e também no contexto de programas e projetos interdisciplinares de habilitação/reabilitação, com o objetivo de restaurar a função e a qualidade de vida, em indivíduos com perdas ou alterações de movimento” (Guerra, 2010, p. 1). Além disso, independentemente do contexto de intervenção, a atuação e prática do fisioterapeuta deve ser direcionada não só para o indivíduo, para o paciente, mas também para grupos, seja de utentes seja para a família, e comunidades (Guerra, 2010).

Segundo Batista (2012, p. 37), que analisou os planos de estudos das escolas de fisioterapia mais antigas de Portugal (a ESSA e a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTESL)), as principais áreas de intervenção da fisioterapia são:

- Fisioterapia Músculo-esquelética (ou em condições músculo-esqueléticas);
- Fisioterapia Neuromuscular (ou em condições neurológicas);
- Fisioterapia Cardiorrespiratória (ou em condições cardiovasculares e respiratórias);
- Prescrição de Exercício e Atividade Física, particularmente em populações especiais, patologias e/ou em condições de saúde alteradas (por exemplo, no controlo da diabetes, controlo da obesidade, controlo da cessação tabágica, controlo da hipertensão, direcionada a idosos, reabilitação cardíaca e respiratória, entre outros) (Guerra, 2010 citado por Batista, 2012).

Além das áreas de intervenção da fisioterapia supramencionadas, podem ser apontadas outras áreas, ainda que mais específicas e que apresentem outras especificidades, métodos e técnicas. Na perspetiva de Batista (2012, pp. 37-38), que cita a ESTESL (2012), estas áreas são as seguintes:

- Fisioterapia Materno-infantil e na Saúde da Mulher: O fisioterapeuta atua na preparação para o Nascimento e Parentalidade, no Apoio e Aconselhamento ao Aleitamento Materno, no Pós-parto e Recuperação do Pavimento Pélvico; na Incontinência Urinária, na Cirurgia Oncológica na Mulher (Mastectomia) e Massagem do Bebê/Infantil;
- Fisioterapia Pediátrica (ou em condições pediátricas) e na Intervenção Precoce na Infância (IPI);
- Fisioterapia em Populações e Condições Especiais: O fisioterapeuta intervém na Geriatria e Saúde do Idoso, nos Cuidados Paliativos, no Desporto, na Saúde Mental, na Saúde Escolar, etc.;
- Fisioterapia em Contextos Específicos: A fisioterapia atua ao nível dos Cuidados Continuados, na Comunidade, na Educação e Promoção da Saúde, no Meio Aquático, etc.

Passando um olhar atento sobre a informação aqui apresentada, é possível concluir que a fisioterapia é uma área do saber do domínio da saúde cada vez mais importante, por três razões. A primeira tem que ver com o facto de ser uma área cada vez mais específica, ou seja, a fisioterapia, à semelhança de outras áreas de conhecimento, também tem ramificações, o que também demonstra a sua própria evolução. A segunda prende-se com o facto de acompanhar o ciclo de vida do indivíduo que, como é possível aferir, atua nas principais etapas de desenvolvimento do indivíduo: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Por fim, a terceira razão a apresentar é fundamental a existência e o acesso do indivíduo a este tipo de serviços na medida em que a fisioterapia se fundamenta “na avaliação da postura e condição motora do utente, bem como nos reais e potenciais compromissos no seu estado funcional e qualidade de vida, pelo que qualquer patologia ou situação pode ser suscetível da intervenção da fisioterapia” (Batista, 2012, p. 38).

## **2.2. O profissional de fisioterapia**

### **2.2.1. O papel do fisioterapeuta**

O fisioterapeuta é um profissional de uma área específica de saúde que trata e previne doenças e lesões, recorrendo a diversas técnicas terapêuticas, com o objetivo de restaurar, desenvolver e manter a capacidade física e funcional do paciente. O seu papel passa por minimizar a diferença entre a capacidade atual do utente para realizar as suas tarefas do dia-a-dia e a sua capacidade desejável (Porter, 2005).

A atividade deste profissional de saúde traduz-se no contacto direto com os pacientes, proporcionando alterações positivas na saúde e na sensação de bem-estar (WCPT, 2007).

O fisioterapeuta deve desenvolver e orientar a sua prática em função das reais necessidades do utente, possuindo uma ferramenta designada de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Este instrumento permite ao fisioterapeuta, por via do conhecimento de fatores contextuais (pessoa e ambiente), de funções e estruturas do corpo e nível de atividade e participação do utente, identificar todas as dimensões que influenciam a sua condição de saúde (OMS, 2004).

Este profissional visa principalmente a saúde funcional do indivíduo, atuando com foco no movimento e na função (Barros, 2003). Assim, pode dizer-se que o fisioterapeuta para exercer a sua atividade como tal, deve ter uma formação no domínio das ciências biomédicas, mas também no âmbito das ciências sociais e humanas, pois além de aplicar técnicas e modalidades terapêuticas, também lhe é exigida uma grande capacidade de relacionamento e interação com os utentes.

## 2.2.2. A intervenção do fisioterapeuta nas lesões músculo esqueléticas.

Uma vez que se pretende que, a partir desta investigação, desenvolver uma proposta de implementação de serviços de fisioterapia na valência de músculo esquelética, importa realçar o papel do fisioterapeuta no âmbito das lesões, ou perturbações, músculo esqueléticas (LME). As perturbações do sistema músculo esquelético, também designado de sistema muscular, diz respeito a perturbações dos ossos, das articulações e dos músculos, sendo bastante comuns e incluem uma grande variedade de doenças e síndromes, regra geral, associados a dor e inflamação, a principal causa de dor crónica e de incapacidade. De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST), as perturbações músculo esqueléticas “podem afetar os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os ossos e os nervos”<sup>10</sup>. No entanto, importa aqui referir que quando se trata de perturbações músculo esqueléticas no âmbito do trabalho, fala-se de lesões músculo esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), as quais são provocadas pelo próprio trabalho ou pelas condições de trabalho, podendo resultar em acidentes como fraturas e deslocamentos.

Contudo, segundo a Agência Mundial Anti *Doping* (AMAD), as “lesões músculo esqueléticas são comuns no desporto e incluem entorses, distensões, contusões, luxação/deslocamento da articulação, fraturas, bursites, tendinopatias, hérnias discais, etc. Estas lesões podem ser a consequência de microtraumas consecutivos (lesão por esforço excessivo) ou de macrotraumas (lesões agudas) ” (AMAD, 2012, p. 1).

Como cada caso é um caso, e mediante diversidade de lesões mencionadas, também na fisioterapia músculo esquelética, podem ser utilizadas diversas técnicas terapêuticas como a terapia manual, baseada no exercício, técnicas eletro-físicas e técnicas de ensino, aconselhamento e orientação. Esta variedade de técnicas pode traduzir-se em técnicas manuais de mobilização dos tecidos moles; alongamento e relaxamento mio-fascial; mobilização neural; mobilização articular; drenagem linfática e venosa; técnicas de correção postural; técnicas que visam o treino do movimento normal e exercícios com vista à melhoria da força muscular e estabilidade articular; eletroterapia, laserterapia, magnetoterapia, ultrassom, termoterapia (calor húmido, gelo); pressoterapia; técnicas de imobilização funcional (ligaduras); etc. Na verdade, pode dizer-se que a fisioterapia músculo esquelética tem como público-alvo indivíduos de todas as faixas etárias, mas que possuem este tipo de lesões (lesões músculo esqueléticas), assumindo um papel de relevo no âmbito das perturbações ou lesões músculo esqueléticas ligadas ao trabalho e também no desporto.

---

<sup>10</sup> Informação retirada do website da AESST – *Perturbações músculo-esqueléticas*. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/topics/msds/index.html>.

Estas perturbações integram patologias ortopédicas, traumatológicas e reumatológicas, das quais se elencam as principais:

- Lesão dos tecidos moles (contusão, rutura tendinosa ou muscular, lesão cápsulo-ligamentar, lesão neural periférica, lesão por hipersolicitação, entre outras);
- Síndromes compartimentais (por exemplo o síndrome do túnel cárpico, síndrome do túnel társico, entre outros);
- Alterações posturais (segmentares, como alterações do eixo articular de uma dada articulação ou multisegmentares como escoliose, cifoescoliose, hipercifose, hiperlordose, e muitos outros tipos de atitudes posturais erradas);
- Patologias / Deformidades da coluna (incluindo lombalgia, dor ciática ou ciatalgia, dorsalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, entre outros);
- Hérnias discais;
- Alterações da neurodinâmica;
- Reabilitação pós-cirúrgica;
- Luxação / Subluxação;
- Artrose;
- Osteoporose;
- Artrite Reumatoide;
- Espondilite Anquilosante,
- Doenças reumáticas periarticulares ou das partes moles;
- Outras síndromes de dor e fadiga crónicas.

Concluindo, a intervenção do fisioterapeuta nas perturbações músculo esqueléticas preocupa-se com o alívio ou resolução dos sintomas apresentados pelo paciente, com o objetivo de otimizar a sua funcionalidade. Nesta ordem de ideias, o fisioterapeuta deve assegurar uma intervenção que resolva a causa primária dos sintomas, criar estratégias que visem a prevenção de problemas desta ordem, bem como a sua reincidência; contribua para a melhoria de qualidade de vida dos utentes, bem como independência e autonomia. Assim, para desenvolver uma intervenção consistente e eficiente, o fisioterapeuta deve:

- Identificar diferentes mecanismos que conduzem às disfunções do movimento e à lesão tecidual, reconhecendo a contribuição dos vários fatores que estão na sua origem,
- Estabelecer o Diagnóstico Funcional da Fisioterapia;
- Determinar as estratégias de intervenção mais apropriadas para atender às alterações da mobilidade, resultantes dos desequilíbrios a nível local ou global, da força muscular e da estabilidade articular.

A tabela que se segue apresenta os fatores que contribuem para o surgimento de LME

**Tabela 2.3** – Fatores que contribuem para o aparecimento de LME.

Tipo de Fatores	Descrição
Fatores Físicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de força, por exemplo, levantar, transportar, puxar, empurrar, utilização de ferramentas;</li> <li>• Movimentos repetitivos;</li> <li>• Posturas forçadas ou estáticas, por exemplo, mãos acima do nível dos ombros ou posição sentada ou de pé durante muito tempo;</li> <li>• Compressão localizada exercida por ferramentas ou superfícies;</li> <li>• Vibrações;</li> <li>• Frio ou calor excessivos;</li> <li>• Iluminação deficiente suscetível, por exemplo, de causar um acidente; • elevados níveis de ruído, suscetíveis de causar tensão física.</li> </ul>
Fatores Organizacionais e Psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho exigente, faltos de controlo sobre as tarefas executadas, baixos níveis de autonomia;</li> <li>• Baixos níveis de satisfação com o trabalho;</li> <li>• Trabalho monótono, repetitivo, executado a um ritmo rápido;</li> <li>• Falta de apoio por parte dos colegas, dos supervisores e das chefias.</li> </ul>
Fatores Individuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes clínicos;</li> <li>• Capacidade física;</li> <li>• Idade;</li> <li>• Obesidade;</li> <li>• Tabagismo.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de AESST (2007).

### 2.2.3.O fisioterapeuta como promotor de saúde

Tendo em conta o quadro concetual desenvolvido até aqui, bem como os conteúdos temáticos incluídos no mesmo, é possível perceber que uma das áreas de intervenção da fisioterapia é a promoção da saúde e também a prevenção de lesões. Aliás, é neste sentido que Pinheiro (2009) explica que, no âmbito da fisioterapia, existem áreas que já são consideradas áreas de *prevenção e promoção da saúde*, sendo exemplo disso, a prevenção de lesões por esforços repetitivos (LER) e doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (DORT). Rebelatto e Botomé (1999) apresentam a fisioterapia como uma ciência aplicada que estuda o movimento humano, fazendo-se acompanhar de conhecimentos e recursos próprios, através dos quais procura promover, tratar e recuperar distúrbios da cinesia humana, sejam eles, decorrentes de alterações de órgãos e sistemas ou com repercussões psíquicas e orgânicas. E a verdade, é que se trata de um campo do saber e intervenção que destaca as áreas da saúde e da educação, sendo a sua principal missão a cooperação, atendendo à nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do indivíduo, assim como na promoção e na educação em saúde (Ragasson *et al.*, 2006).

É necessário ter em linha de conta que, quando se fala de promoção da saúde, fala-se de ações que visam o indivíduo e o bem comum, sendo esta um instrumento benéfico para enfrentar diversos problemas de saúde que afetam as comunidades (Pinheiro, 2009). De

acordo com Augustine (2000) a definição apresentada pela *American Physical Therapy Association* (APTA) é bastante completa e contemporânea, definindo-a como uma profissão da área da saúde que tem como principal objetivo a promoção da saúde e da função, através da aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, corrigir ou minimizar a disfunção aguda ou crónica dos movimentos. Concluindo, o fisioterapeuta deve promover a saúde do utente e deve fundamentar a sua intervenção com a finalidade de dotar o utente do máximo de capacidade funcional que lhe é permitida e independência física e mental. Por isso mesmo, a sua intervenção deve integrar alternativas que tenham em conta as diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos utentes, valorizando a promoção da saúde mas também, a prevenção de doenças e lesões.

## 3. Caracterização de Angola e da Província do Cunene

---

O presente capítulo tem a finalidade de caracterizar e apresentar a República de Angola, país em que o estudo é realizado, procurando-se fazer uma contextualização histórica, geográfica e demográfica do país. Além disso, sendo esta proposta direcionada para um hospital em particular, o Hospital Geral de Ondjiva, também se caracteriza a Província do Cunene, do qual Ondjiva é capital.

### 3.1. Contexto geral de Angola

#### 3.1.1. Dados geográficos e demográficos e divisão administrativa

A República de Angola é um país multicultural, que se encontra situado na costa ocidental da região Austral da África Subsariana, tendo obtido a sua independência em 1975. É um país multilingue, pois a sua população fala cerca de 20 línguas nacionais, no entanto, a língua Portuguesa é a mais falada pela maioria das comunidades com formas de vida moderna (David, 2014).

A capital de Angola é Luanda, situada na Província de Luanda, Angola é um dos maiores países do continente africano, com uma superfície de 1.246.700 km<sup>2</sup>, uma costa que se prolonga ao longo de 1.600 km de Norte ao Sul e uma fronteira terrestre com 4.837 Km. No que respeita (Queza, 2010). Os resultados preliminares do Censo 2014 indicam que em 16 de Maio residiam em Angola 24.383.301 pessoas, sendo 11.803.488 do sexo masculino e 12.579.813 do sexo feminino.

Este país, em visível crescimento, está organizado em 18 províncias, o equivalente a distritos, Além disso, é ainda composta por 164 Municípios e 532 Comunas, o equivalente a freguesias (MINSA, 2008; USAID, 2009 citados por David, 2014). Visualizar as 18 províncias angolanas e a sua distribuição geográfica ver (Anexos - I).

Segundo os dados facultados pela USAID – *United States Agency for International Development* – a densidade populacional é de sensivelmente 13,2 habitantes por m<sup>2</sup> (USAID, 2010), sendo a população angolana maioritariamente jovem, pois cerca de 50% tem menos de 15 anos, 60% tem menos de 21 (David, 2014) e 93% tem menos de 50 anos (Queza, 2010). Contudo, importa realçar que a taxa de crescimento médio da população é de 3,1%, a esperança de vida à nascença é de 46 anos (WDI, 2009 citado por David, 2014; Queza, 2010), a taxa de mortalidade infantil é de 150 mil por mil nascimentos, a mortalidade infanto-juvenil é de 250 óbitos por mil nascimentos vivos e por fim, a taxa de fecundidade é de 7,2 filhos por mulher (Queza, 2010). A percentagem de indivíduos com 65 anos ou mais não ultrapassa os

2,5% (Ministério do Planeamento, 2010) e, a taxa de dependência é muito elevada (estimada em 1.01) (Ministério do Planeamento, 2010). Espera-se, que o processo de modernização acelere a transição demográfica, pelo que a médio prazo, a taxa de dependência tenderá a diminuir.

### 3.1.2. Situação económica e pobreza

A situação económica de Angola tem demonstrado altos níveis de crescimento económico desde o fim do conflito armado, em 4 de Abril de 2002, sendo a sua economia, essencialmente, dependente do setor petrolífero, o qual representa 55% do PIB e 95% das exportações (Queza 2010). Voltando a atenção para o setor rural, o segundo mais produtivo, este integra atividades da agricultura, silvicultura e pecuária, sendo o seu PIB de cerca de 8%. De acordo com Simões *et al.* (2012, p. 2) “a economia angolana é a terceira maior economia da África subsariana. É uma nação em recuperação dos efeitos de mais de três décadas de guerra civil que destruiu o país e as suas infraestruturas. (...) A economia angolana tem vindo, no entanto, a registar uma elevada taxa de crescimento na última década, em larga medida, devido ao clima de paz, à estabilidade política e ao bom desempenho do setor petrolífero. O clima económico tem, igualmente, melhorado com o esforço em desenvolver uma estratégia de estabilização macroeconómica”.

No que respeita à pobreza, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) referente ao ano de 2013, Angola situa-se em 149º lugar num ranking de 180 países (PNUD, 2014). Segundo Queza (2010), mais de 61% da população angolana vive abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema, devido ao deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia elétrica, entre outros.

Além disso, de acordo com o mesmo autor, a taxa de dependência é de 92,3 em cada 100 pessoas em idade produtiva dos 15 aos 64 anos, refletindo o elevado índice de desemprego (Queza, 2010).

### 3.1.3. Dados demográficos e indicadores de saúde

#### 3.1.3.1. Distribuição e evolução da população

Em termos gerais, mas precisos, podemos afirmar que a população da República de Angola se caracteriza por uma forte dinâmica demográfica, por um desigual crescimento e distribuição em termos provinciais e por uma crescente urbanização (Vide, 2004).

Em 2004, no Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Hospitalares em Angola, Vide realça o facto de, na altura, passados 10 anos, aproximadamente 2.450.000 pessoas viviam em Luanda na condição de deslocados, mas apenas um milhão era controlado pela Direção Provincial do Ministério da Reinserção Social (MINARS).

A tabela que se segue apresenta os indicadores demográficos datados em 2000 e estimados para 2025.

**Tabela 3.1** – Indicadores demográficos de 2000 e estimativa para 2025

	<b>2000</b>	<b>2025</b>
<b>Nascimentos por 1.000 população</b>	47	37
<b>Mortes por 1.000 população</b>	26	21
<b>Taxa de Crescimento Anual (%)</b>	2,1	1,5
<b>Esperança de vida ao nascimento (anos)</b>	37,4	40,4
<b>Mortalidade Infantil por 1.000 nados vivos</b>	198	149
<b>Taxa de fertilidade total (por mulher)</b>	6,5	4,7

Fonte: Retirado de Vide (2004, pp. 23-24).

A tabela que se segue apresenta a estimativa populacional, bem como a taxa de crescimento referente ao período entre 1950 e 2050. Ver (Anexos II)

### 3.1.3.2. Indicadores de Saúde

De acordo com Vide (2004), as principais causas de mortalidade na República de Angola são a malária, as doenças diarreicas agudas e as doenças respiratórias agudas, no entanto, nos últimos anos o vírus da sida tem vindo a ganhar relevância no quadro de morbi-mortalidade deste país.

É de realçar que, tanto a taxa de natalidade como a de mortalidade estão altas, sendo acompanhadas de grandes taxas de fertilidade e de mortalidade infantil.

A tabela que se segue apresenta os indicadores de saúde da população da República de Angola.

**Tabela 3.2** – Indicadores de saúde da população angolana.

<b>Esperança média de vida (estimativa 2004)</b>	36,79 anos
<b>Taxa de Natalidade (estimativa 2004)</b>	45,14 /1.000 população
<b>Taxa de Mortalidade (estimativa 2004)</b>	25,86 mortes/1.000 população
<b>Taxa de fertilidade total (estimativa 2004)</b>	6,33 nascimentos/mulher
<b>Taxa de mortalidade Infantil (estimativa 2004)</b>	192,5 mortes/1.000 nados vivos
<b>Taxa HIV/SIDA (adultos) (estimativa 2003)</b>	3,9%
<b>Taxa de mortes por HIV/SIDA (estimativa 2003)</b>	21.000

Fonte: Retirado de Vide (2004, p. 26).

Segundo Queza (2010), o estado de saúde da população de Angola caracteriza-se pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um conjunto de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas e degenerativas, e de mortalidade prematura evitáveis.

O vírus do VIH é considerado inferior quando comparado com a média dos países da região Austral, vista como o epicentro da pandemia, sublinhando-se o facto dos resultados dos últimos inquéritos que focam a prevalência do VIH demonstrarem taxas de prevalência abaixo

dos 5%, contudo, em algumas regiões de Angola e grupos específicos da população, registam-se taxas mais elevadas, nos 12% (Queza, 2010).

A baixa prevalência de casos de VIH em Angola, deve-se ao conflito armado que limitava a circulação das populações das respetivas áreas de residência. Por sua vez, a malária é endémica em toda a república angolana, representando a primeira causa de morbimortalidade.

De acordo com Simões e colegas (2012) o perfil epidemiológico de Angola corresponde, ainda, ao de um país pouco desenvolvido, marcado pela prevalência de doenças infecciosas, as principais causas de morte, das quais se destacam a malária, a sida e a tuberculose.

A tabela que apresentamos em seguida subordina-se ao quadro epidemiológico de Angola, onde são registados os indicadores de saúde e a sua respetiva evolução entre 2005 e 2008.

**Tabela 3.3** – Quadro epidemiológico.

<b>Indicadores de Saúde</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Taxa de incidência – Malária</b>	69,5	n.d.	68,4	n.d.
<b>Taxa de letalidade – Malária</b>	0,6	0,3	0,3	0,3
<b>Taxa de incidência - Doenças Diarreicas</b>	11,6	n.d.	10,2	n.d.
<b>Taxa de incidência - Doenças Respiratórias</b>	18,1	n.d.	20,8	n.d.
<b>Taxa de incidência - Má Nutrição Aguda</b>	0,8	n.d.	0,5	n.d.
<b>Taxa de incidência – HIV</b>	2	2	2	2
<b>Vacinação - Difteria, Tétano, Tosse Convulsa (% crianças vacinadas)</b>	47	44	83	81
<b>Vacinação - Sarampo (% crianças vacinadas)</b>		48	88	79

Fonte: Retirado de Simões *et al.* (2008, p. 13). (n.d.) – não disponível.

### **3.2. Contexto geral do Cunene/Ondjiva**

A província do Cunene situa-se no sul de Angola, fazendo fronteira com a República da Namíbia (a sul), com a província do Cuando Cubango (a leste), a do Namibe (a oeste) e a do Huila (a oeste e a norte). Visualização os limites fronteiriços desta província angolana. Ver (Anexos III).

De acordo com o *website Welcome to Angola*, que disponibiliza dados de 2014, a superfície do Cunene ocupa uma área total de 87.342 km<sup>2</sup>, e tem uma população estimada em 965.288. Do ponto de vista administrativo, o Cunene está dividido em seis Municípios, são eles – Kahama, Kuanhama, Kuvelai, Kuroca, Ombadja e Namacunde –, sendo a sua capital Ondjiva. De acordo com o mesmo *website*, a população desta província, ao contrário da maioria dos povos angolanos, não é de origem Bantu, existindo quatro grupos étnicos:

- Koysan (nómadas que vivem da recolha de frutos silvestres e da caça);
- Ovambos (que se subdividem em Kwanyamas, Cuamatos e Muvaes);
- Nyanecas Humbes;
- Hereros (que se subdividem em Mucahones e Mutuas).

A língua mais falada no Cunene é o Kwanyama e a sua população dedica-se, em grande parte, à agricultura de subsistência, à pesca artesanal e à pecuária e, os principais cereais são o milho, massango, massambala e feijão.

No que diz respeito ao seu clima, tem um clima tropical, quente e do tipo semiárido mega térmico, com uma temperatura média anual de 23°C, com grandes amplitudes térmicas diárias. Devido ao seu clima, é composta por pequenos desertos. O seu solo caracteriza-se pela existência de rochas sedimentárias, sendo o ferro e o cobre os minerais mais abundantes. As suas paisagens são preenchidas por florestas, savanas e estepes, sendo os rios mais importantes desta província o rio Cunene, o rio Kuvelai e o rio Kalonga.

Como já referimos a capital do Cunene é Ondjiva, a antiga Vila Pereira d'Eça, e é uma província que vive sobretudo dos serviços e comércio. Tendo sido uma cidade bastante agredida durante a guerra, o seu processo de recuperação decorre desde 2002. Importa também acrescentar que esta cidade é a sede também de uma diocese católica e, desde 2009 alberga um pólo da Universidade Mandume, do Lubango.

Devido à sua proximidade com a Namíbia, esta oferece diversos produtos do país com o qual faz fronteira e também da África do Sul e ainda que os preços sejam mais elevados do que na Namíbia, verifica-se que são mais baratos que no resto de Angola.

Esta é uma província que está a prosperar devido à rota comercial entre a Namíbia e Angola e as suas estradas e ruas novas, a par do seu ambiente limpo e próspero, atraem os visitantes para conhecerem a cidade a pé.

### **3.3. O Hospital (Provincial do Cunene)**

A unidade de saúde mais importante do Cunene é o Hospital Provincial do Cunene, localizado em Ondjiva e por isso, é também designado por Hospital Geral de Ondjiva (HGO). De acordo com a documentação disponibilizada e consultada, o Hospital Geral de Ondjiva é um estabelecimento público, direcionado para a prestação de cuidados de saúde diferenciados de nível II.

Construída nos anos 30, esta unidade hospitalar foi posteriormente reabilitada, ampliada e reequipada com novos meios. No ano 2000 possuía 170 camas reais mas, em 2002, passou a ter 250, distribuídas pelos seguintes serviços da seguinte forma:

- Medicina geral: 70 camas;
- Cirurgia: 51 camas;
- Pediatria: 65 camas;
- UTI: 17 camas;
- Ginecologia e Obstetrícia: 47 camas.

Além destes equipamentos e serviços, o HGO dispõe de um Banco de Urgência com serviço de medicina geral, pediatria, cirurgia, ortopedia, gineco-obstetrícia e laboratório de urgência, apoiado por serviços gerais como logística e câmaras de frio, cozinha, refeitório, lavanderia e depósito de medicamentos.

O hospital tem uma casa mortuária com a capacidade de seis camaras para conservar os cadáveres, casa do gerador alternativo com capacidade de 400 Kaveais, um Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV), hemoterapia, um laboratório central, consultas externas e serviços administrativos.

No que respeita às funções do hospital, estas passam pela função assistencial, de investigação científica, docência, prevenção das doenças, promoção da saúde e de reabilitação. O seu orçamento é estabelecido pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), sendo as suas atividades asseguradas por um total de 548 trabalhadores, distribuídos da seguinte forma:

- 38 Médicos, nas especialidades: clínica geral, medicina interna, pediatria, nutrição, ortopedia, cirurgia, anestesia, ginecologia e obstetrícia, urologia, cardiologia, neonatologia, otorrinolaringologia, estomatologia, oftalmologia, imagiologia;
- 11 Técnicos superiores;
- 268 Técnicos de enfermagem;
- 30 Técnicos de diagnóstico e terapêutica;
- 58 Administrativos;
- 141 Colaboradores de apoio hospitalar.

Segundo a informação disponibilizada na Mensagem de Boas Vindas emitida por Sua Excelência Sr. Dr. José de Nascimento Vayelenge, Vice-governador para setor público e social e, Sua Excelentíssima Sra. Dr.<sup>a</sup> Sofiya Shaningwa, governadora da região de Oumusati – Namíbia, é possível ler o seguinte sobre as grandes carências do hospital:

“As Suas necessidades residem no insuficiente número de recursos humanos (especialistas em electromedicina, maxilofacial, neurocirurgia, neurologia, fisioterapia e psiquiatria), a criação de serviços de doenças infeto-contagiosas e materno-infantil. Assim como a reabilitação e ampliação das suas estruturas físicas”.

Tal informação permite-nos salientar a relevância da proposta aqui apresentada para a implementação na valência musculo esquelética na área da fisioterapia, por se uma área muito abrangente, que também constitui uma das necessidades desta unidade hospitalar.

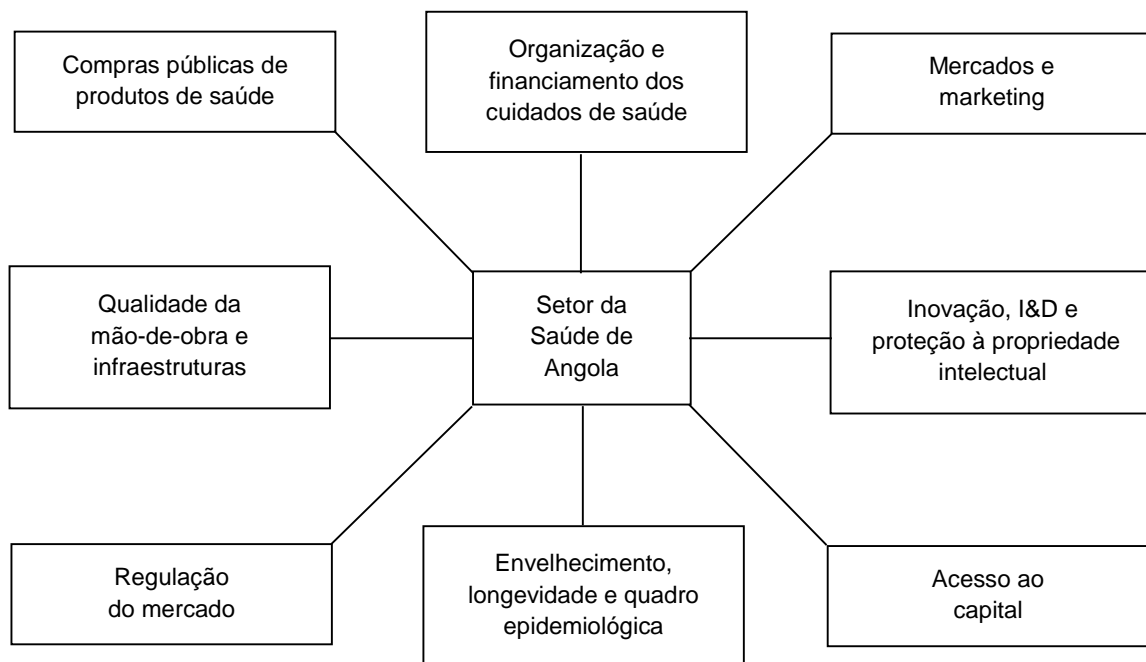
Com o intuito de melhor enquadrar o leitor sobre a realidade em causa, em particular do HGO, é possível consultar em anexo os organigramas das várias direções do hospital: Direção geral (Anexos IV); Direção clínica (anexos V); Direção administrativa (Anexos VI); Direção de enfermagem (Anexos VII).

## 4. O sistema nacional de saúde de Angola

### 4.1. Setor da saúde de Angola

Em termos de enquadramento legal, a política de saúde desenvolvida em Angola é da responsabilidade do Ministério da Saúde e dos órgãos que lhe estão associados, refletindo-se nos “objetivos de desenvolvimento sanitário do país, o objetivo essencial de aumentar o acesso aos cuidados e de melhorar a qualidade destes últimos” (Vide, 2004).

A figura que se segue representa o mercado da saúde Angolano.



**Figura 4.1** – Setor de Saúde de Angola.

**Fonte:** Retirado de Simões *et al.* (2012, p. 10).

De acordo com Simões e colegas (2012) os cuidados de saúde da República de Angola são providos pelo setor público, que inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior e ainda, outras empresas públicas, como a SONANGOL, EDIAMA, entre outras. Importa salientar que o setor privado tem vindo participar cada vez mais no setor da saúde, através da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Lei 21-B/92), onde a prestação de cuidados de saúde por parte deste setor foi instituída, à semelhança do setor público, a noção de comparticipação dos utentes através das taxas moderadoras. No entanto, o setor privado tem sido confinado aos principais centros urbanos do país, onde os preços dos cuidados de saúde limitam o acesso da população ao setor privado lucrativo (Queza, 2010).

Simões e colegas (2012) explicam ainda que os gastos públicos em saúde são sensivelmente US\$120 *per capita* (à taxa de câmbio de Dezembro 2011) por ano, o que contrasta com os US\$30 de 2005 (WHO, 2011).

As despesas públicas angolanas traduzem 2,5% da riqueza criada e 5% do esforço orçamental, sendo as despesas com saúde, essencialmente, direcionadas para os cuidados hospitalares, tratamentos no exterior e gestão da saúde a nível central (Simões *et al.*, 2012), ver (Anexos -VIII)

Angola viveu um conflito armado entre os anos de 1997 e de 2001, onde a comunidade internacional assumiu um papel fulcral no que respeita ao financiamento da saúde, principalmente em relação à aquisição de medicamentos e vacinas.

Após o término do conflito, os apoios foram direcionados para a capacitação do SNS e para o combate de enfermidades endémicas, como o vírus da sida, a malária e a tuberculose (Queza, 2010).

Como já referimos anteriormente, Angola é um país que tem vindo a prosperar, encontrando-se numa posição favorável em comparação com a restante região da África Subsariana, particularmente, no que concerne a diversos indicadores importantes face ao financiamento da saúde (USAID, 2010). As novidades que ocorreram no setor e financiamento da saúde desde 2005. ver (Anexos IX).

## **4.2. Sistema Nacional de Saúde**

O SNS angolano é protegido pelo Decreto n.º 54/03, de 5 Agosto e pela Lei n.º 21-B/92, de Agosto, também designada Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. A Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde estabelece, no capítulo I, os princípios gerais, as linhas gerais da política de saúde, os direitos e deveres dos cidadãos, a responsabilidade do estado, entre outros. O capítulo II debruça-se sobre as entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral, o capítulo III caracteriza e apresenta a organização do serviço nacional de saúde e o capítulo IV diz respeito ao setor privado de saúde. Prestemos atenção a algumas disposições apresentadas neste diploma legal.

O artigo 1.º define como princípios gerais os seguintes:

- O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis;
- A promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade o Estado e de outros agentes públicos ou privados, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas aquela atividade;

- Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros agentes públicos ou entidades privadas, sem ou com fins lucrativos;
- A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, a sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

O artigo 2.º da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde debruça-se sobre a política de saúde, apresentando uma política de saúde de âmbito nacional, com um carácter evolutivo e que se adapta continuamente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e recursos. Em seguida, apresentamos as linhas gerais da política de saúde de Angola, que são:

- A promoção da saúde e prevenção da doença constituem propriedades no planeamento das atividades do Estado, garantindo a equidade na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços;
- A promoção da igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e onde vivem;
- Os grupos sujeitos a maiores riscos, como a infância, a maternidade, a velhice, os deficientes, com prioridade aos mutilados de guerra e aos trabalhadores cuja profissão o justifique, devem merecer a tomada de medidas especiais;
- Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e das comunidades e articulam-se entre si e ainda com os serviços e segurança social;
- A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;
- É apoiado o desenvolvimento do setor privado da saúde, especialmente, as iniciativas das instituições privadas de fim não lucrativo, em concorrência com o setor público;
- É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento;
- É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
- É estimulada a formação e a investigação para a saúde devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais, a comunidade e a medicina tradicional.

No que respeita ao Sistema de Cuidados de Saúde, a referida lei explica que esta é constituída pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas

entidades privadas e por todos os profissionais que desenvolvem todas ou algumas destas atividades. Por sua vez, o Serviço Nacional de Saúde integra todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio e a rede nacional de prestação de cuidados de saúde integra os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, os estabelecimentos privados e os profissionais com quem sejam estabelecidos contratos (artigo 11.º da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde).

Uma vez que o objetivo deste subcapítulo é apresentar o SNS, achamos importante clarificar os níveis de cuidados de saúde, que se distinguem em primários, secundários e terciários. De acordo com artigo 12.º do diploma que aqui vem sendo referido, o Sistema de Cuidados de Saúde desenvolve uma estratégia nos cuidados de saúde primária, devendo situar-se próximo das comunidades. De acordo com David (2014, p. 20), o nível primário de saúde é “representado pelos Postos/Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos. Estes constituem o primeiro ponto de contacto da população com o Sistema de Saúde”.

O nível secundário, também designado de intermédio, é constituído pela rede hospitalar polivalente e de especialidade menos diferenciada, sendo “representado pelos Hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades de primeiro nível” (David, 2014, p. 20) e, por último, o nível terciário abrange as unidades hospitalares de assistência diferenciada polivalente ou de especialidade e é “representado pelos Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as Unidades Sanitárias do nível Secundário” (David, 2014, p. 20). O mesmo artigo acrescenta ainda que a articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde deve ser promovida.

Assim, vale apenas clarificar a definição de algumas destas unidades para uma melhor compreensão o leitor. Então, o hospital “é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também num centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente” (David, 2014, p. 21).

O centro de saúde “é uma unidade sanitária, complexa, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com ambulatórios para assistência médica permanente” (David, 2014, p. 21). O posto de saúde “é uma unidade sanitária, simplificada, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com controlo e supervisão médica periódica” (David, 2014, p. 21).

A tabela que segue apresenta os serviços prestados e cobertura de população para cada tipo de unidade sanitária.

**Tabela 4.1** – Serviços prestados e cobertura de população por tipo de unidade sanitária.

Unidade de Saúde	Serviços prestados	População de referência
<b>Posto de Saúde I</b>	CPS (consultas, vacinação, monitorização do crescimento da criança, CPN, PF e medicamentos essenciais).	5.000
<b>Posto de Saúde II</b>	CPS + laboratório.	20.000 a 40.000
<b>Centro de Saúde</b>	CPS + laboratório + partos (aberto 24h).	75.000
<b>Centro de Saúde de Referência / Hospital Municipal</b>	Primeiro nível de referência CPS + laboratório + partos +Internamento + radiologia + recuperação nutricional + saúde oral.	150.000 rural 500.000 urbano
<b>Hospital Geral</b>	Segundo nível de referência CPS + laboratório + partos +Internamento + radiologia + recuperação nutricional + saúde oral + cirurgias + transfusões de sangue +Internamento especializado, medicina interna, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Alguns Hospitais Gerais oferecem mais serviços.	750.000

**Fonte:** Retirado de David (2014, p. 21).

Quanto às características do Serviço Nacional de Saúde, através da consulta do artigo 23.º é possível constatar o seguinte:

- Ser universal quanto à população abrangida;
- Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas sociais dos cidadãos;
- Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- Ter gestão descentralizada e participativa.

Por último, gostaríamos de salientar que o artigo 19.º do Capítulo II estabelece que compete às Autoridades Provinciais de Saúde propor os planos de atividades e o respetivo orçamento, bem como acompanhar a sua execução e deles prestar contas; orientar, coordenar e acompanhar a gestão do Serviço Nacional de Saúde, a nível provincial; representar o serviço nacional de saúde e regular a procura entre estabelecimentos e serviços a Província e orientar, coordenar e acompanhar o respetivo funcionamento, nos termos a lei; avaliar os resultados obtidos; coordenar o transporte e doentes, incluindo o que esteja a cargo e entidades privadas. O artigo 32.º do Capítulo III regula o apoio ao setor privado e o artigo 33.º a intervenção de Instituições Privadas de Fins Não Lucrativo com Objetivos de Saúde.

Atendendo ao exposto na Constituição da República de Angola, o artigo 77.º subordina-se à saúde e proteção dos cidadãos, onde é definido que é a responsabilidade do Estado promover e garantir as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e

sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, no âmbito do que é definido por lei. Qualquer iniciativa articular e cooperativa no âmbito a saúde, previdência e segurança social é fiscalizada pelo Estado e deve ser exercida à luz da lei.

Desta forma, para assegurar o direito à assistência médica e sanitária o Estado deve:

- Desenvolver e assegurar a funcionalidade de um serviço de saúde em too o território nacional;
- Regular a produção, distribuição, comércio e uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- Incentivar o desenvolvimento o ensino médico-cirúrgico e da investigação médica e de saúde.

### 4.3. Distribuição das unidades de saúde

Para uma melhor compreensão de como está organizado o SNS angolano, neste subcapítulo dedicamos a nossa atenção à distribuição das unidades de saúde de todo o território angolano mas também, tendo em conta que o nosso trabalho é realizado no hospital geral da Província do Cunene, a distribuição das unidades de saúde desta província. Distribuição das unidades de saúde de todo o país. Ver (Anexos X).

Como a Investigação é direcionada para o Hospital Geral de Ondjiva, também designado de Hospital Provincial do Cunene, em seguida, apresentamos, de forma esquemática, simples, direta e de fácil leitura, a distribuição das unidades de saúde da Província do Cunene.

**Tabela 4.2** – Distribuição as unidades de saúde da Província do Cunene.

<b>Município</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Centros de Saúde</b>	<b>Postos de Saúde</b>	<b>Total</b>
<b>Cuanhama</b>	1	14	42	57
<b>Cahama</b>	1	0	9	10
<b>Cuvelai</b>	1	5	13	19
<b>Curoca</b>	1	0	6	7
<b>Namacunde</b>	1	8	1	10
<b>Ombadja</b>	2	13	22	37
<b>Total</b>	7	40	93	140

**Fonte:** Retirado de David (2014, p. 23)

#### 4.4. Pontos fortes e fracos do sistema de saúde angolano

Queza (2010) realizou um estudo, que em nosso parecer, é extremamente interessante e pertinente, na medida em que apresenta uma proposta para o sistema de saúde angolano à luz da reforma do SNS português.

Neste estudo é possível aferir os principais problemas e através da análise *SWOT* – *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) – realizada pelo investigador, é possível identificar os seus pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças e, as suas principais prioridades.

Então, de acordo com o autor em questão (Queza, 2010, pp. 31-32), os pontos fortes do SNS angolano são:

- Gratuidade tendencial dos cuidados;
- Existência de uma massa crítica de recursos humanos;
- Maior investimento na saúde;
- Aumento progressivo do orçamento do sector da saúde;
- Maior disponibilidade de ferramentas e mecanismos de gestão.

Por sua vez, os pontos fracos do SNS de Angola decorrem da (Queza, 2010, p. 33):

A dificuldade de articulação e coordenação estratégicas das intervenções de saúde e sobre os determinantes de saúde;

- Fraca liderança do sector da saúde;
- Fraca capacidade de planificação a todos os níveis;
- Descentralização sem autonomia financeira para as estruturas locais de saúde;
- Gestão deficiente dos recursos disponibilizados a todos os níveis;
- Investimentos pouco coerentes com as necessidades e prioridades da saúde;
- Pouca transparência nos atos de gestão;
- Reduzida cobertura sanitária;
- Desigual distribuição dos recursos humanos;
- Salários pouco atrativos e fraco desempenho do pessoal;
- Sistema de informação, comunicação, supervisão e avaliação incipientes.

Segundo a análise *SWOT* realizada por Queza (2010), as oportunidades consistem:

- A paz que o país vive; - As taxas de crescimento da economia, - A estabilidade macro económica favorável ao investimento;
- O apoio da alta autoridade à luta contra as Infecções de Transmissão Sexual (ITS), VIH/SIDA e grandes endemias em particular e a saúde em geral;
- O progressivo aumento do orçamento do sector da saúde;
- A progressiva estruturação da sociedade civil;

- A existência de programas de combate à pobreza e para os objetivos do desenvolvimento do milénio e a disponibilidade de parceiros da comunidade internacional para apoiar, são as oportunidades que se apresentam de momento ao sistema nacional de saúde.

Como ameaças ou riscos do SNS angolano Queza (2010, p. 34):

- Manutenção dos atuais níveis de funcionamento da saúde;
- Altas taxas de analfabetismo;
- As desigualdades de género;
- As condições de alimentação, de saneamento básico e de água potável, bem como a perspectiva de industrialização do país e a consequente introdução de tecnologias sem os mecanismos que acautelem a preservação do meio ambiente.

Mediante o identificado, os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças que existem, existe um conjunto de prioridades que devem ser tidas em consideração e por isso, devem ser enquadradas nas grandes linhas estratégicas de desenvolvimento do setor da saúde em Angola.

Essas prioridades são, até 2025, as seguintes:

- No desenvolvimento sustentável e o combate à pobreza;
- Redução da mortalidade materna e infantil;
- Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- Adequação dos recursos humanos e tecnológicos de saúde;
- Asseguramento de um financiamento sustentável;
- Gestão eficiente dos recursos do SNS.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 5. Metodologia de investigação

---

O presente capítulo dedica-se à apresentação da metodologia de investigação, ou seja, são apresentados os métodos e os instrumentos metodológicos adotados, procedendo-se à justificação das escolhas metodológicas efetuadas, bem como a problemática e os objetivos de investigação.

#### 5.1. Pressupostos

Não existindo a valência de músculo esquelética no serviço de fisioterapia do HGO e tendo em conta as necessidades da população angolana, e em particular a do Cunene, o pressuposto deste trabalho assenta no facto da valência de músculo esquelética ser uma necessidade da referida unidade hospitalar.

#### 5.2. Pertinência do estudo

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008, p. 31), a investigação corresponde a “algo que se procura.”, é “caminhar para um melhor conhecimento”. Nesta ordem de ideias, a presente investigação, tendo em conta a falta da valência de músculo esquelética no serviço de fisioterapia do HGO, a caracterização da população angolana e do Cunene, em especial e, opinião dos profissionais de saúde do hospital e da sua administradora, visa apresentar uma proposta de implementação desta valência. Na conceção da proposta de implementação da valência de músculo esquelética no serviço de fisioterapia do HGO, teve-se em conta as necessidades do hospital, bem como os seus recursos humanos e materiais.

#### 5.3. Tipo de estudo

O termo ciência encontra a sua origem no latim, derivando do termo *scientia*, que significa conhecimento. A ciência, uma prática erudita, desenvolve-se em função de um “conjunto organizado de conhecimentos sobre a realidade e obtidos mediante o método científico” (Bravo citado por Almeida & Freire, 2000, p. 19), sendo o método científico, também designado de método empírico, que conduz a investigação, assegurando o conhecimento científico.

Como explica Fortin (2003, p. 372), a metodologia de investigação consiste no “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Além disso, retrata “um plano criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2003, p. 372). Deste modo, os métodos e as técnicas utilizadas dependem sempre do tipo de estudo que se pretende realizar, na medida em que estes correspondem a um conjunto de procedimentos que servem de instrumento para alcançar os fins da investigação (Fidel, 1992).

Na verdade, a metodologia permite a “compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ela observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta sem se preocupar em controla-los” (Fortin, 2003, p. 373), sendo necessário, regra geral optar por uma abordagem de natureza qualitativa ou quantitativa.

No entanto, como destaca Bell (2004, pp. 19-20), ao fazer a distinção entre metodologia quantitativa e metodologia qualitativa, os “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles”, os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as perceções individuais do mundo. Procuram compreensão, em vez de análise estatística. (...) Contudo, há momentos em que os investigadores qualitativos recorrem a técnicas quantitativas, e vice-versa”. Esta afirmação merece especial destaque, na medida em que justifica e fundamenta as escolhas realizadas quanto aos instrumentos metodológicos utilizados para a recolha de informação, como as respetivas técnicas de análise, onde claramente as opções metodológicas são de natureza quantitativa e qualitativa. Na presente investigação a metodologia segue, maioritariamente, uma abordagem quantitativa, posto isto, tal como Bell (2004) explica, este é um dos momentos em que o investigador também recorre a técnicas da investigação qualitativa. É nesta linha de pensamento que Bento (2012) defende a ideia de que as abordagens, quantitativa e qualitativa podem ser mais complementares do que dicotómicas. Bento (2012) explica por isso, que as duas abordagens devem ser compreendidas e utilizadas numa lógica complementar uma vez que, tanto uma como outra, contribuem, cada uma com as suas próprias conceções e características, para a compreensão e construção do conhecimento de determinado fenómeno ou problema de estudo.

Quanto ao tipo de estudo realizado, é apresentado um estudo de caso, descrito como o resultado das características do fenómeno que se pretende explorar e compreender, tendo como objetivos o relato dos factos, a descrição das situações e proporcionar respostas acerca do fenómeno estudado (Yin, 1994). De facto, o estudo de caso é o tipo de estudo que mais se ajusta aos, já definidos, objetivos de investigação, na medida em que se pretende elaborar uma proposta de implementação de uma valência músculo esquelética na área fisioterapia direcionado, para uma instituição hospitalar, o HGO, em função dos seus recursos e necessidades.

Para terminar, sendo os estudos de caso classificados de diversas formas (Yin, 1994) – exploratórios, descritivos, explicativos e avaliativos –, a presente investigação traduz-se num estudo de caso que assume um carácter exploratório-descritivo.

## **5.4. Universo e Amostra**

O universo ou a população de investigação consiste no “conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos” (Carmo & Ferreira, 2008, p. 209). Ou seja, a população de estudo refere-se ao conjunto de elementos que possuem determinadas características, correspondendo a “toda a agregação de casos que tendem a um conjunto de eleito de critérios” (Polit & Hungler, 1995, p. 143).

A população corresponde a uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2003) e a amostra corresponde a uma parte da população.

Nesta investigação a população em estudo são os profissionais de saúde do HGO (médicos, enfermeiros e fisioterapeuta) a amostra foi selecionada por conveniência (profissionais que encontravam na instituição no dia em que foi distribuídos os questionários) é constituída por um total de 28 indivíduos, dos quais 27 são profissionais de saúde do HGO e responderam ao questionário e uma profissional administrativa, que é administradora do hospital na qual foi feita a entrevista.

## **5.5. Problemática e Questões de Investigação**

A problemática ou problema de investigação representa uma situação de interesse para o investigador ou que preocupa o mesmo e por essas razões, carece de um estudo para melhor compreender o fenómeno objeto de estudo.

Nas palavras de Fortin (2003, p. 48) “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática”, ou seja, o seu ponto de partida é uma situação considerada um problema que necessita ser estudado. Aliás, a investigação científica é um processo que se desenvolve ao longo de um método específico de aquisição de conhecimento, e que procura de forma ordenada e sistemática encontrar respostas para perguntas que necessitam de uma investigação, permitindo descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 2003).

Fortin (2003, p. 39), a propósito da problemática, explica que “a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de fatores relativos ao estudo que se deseja compreender”.

Neste sentido, o propósito desta investigação é apresentar uma proposta de implementação de serviços de fisioterapia na valência músculo esquelética no Hospital do Cunene, em Angola, na medida em que a fisioterapia apresenta uma missão primordial de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios

terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação em saúde.

De acordo com Fortin (2003, p. 51) a pergunta de investigação consiste “num enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. Já para Hulley *et al.* (2008, p. 35), “a questão de pesquisa é a incerteza que o investigador pretende resolver sobre algo na população realizando aferições nos seus sujeitos do estudo”.

Nesta ordem de ideias, e tendo em consideração a problemática e os objetivos do estudo definidos, foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- Como funciona a instituição?
- Quais as patologias mais frequentes, que carecem de fisioterapia?
- Qual a receptividade do hospital em criar uma valência músculo esquelética na área de fisioterapia?
- A instituição dispõe de recursos humanos e materiais suficientes para a criação de uma valência músculos esquelética na área da fisioterapia?

## 5.6. Objetivos

No que diz respeito aos objetivos do estudo é necessário desde já salientar, que são eles que indicam o porquê da investigação (Fortin, 2003) e portanto, onde emergem as ideias que orientam a investigação. A identificação e definição dos objetivos exige um processo de reflexão onde se procura explicar a investigação, ou seja, são sugeridas estratégias que antecipam imagens da realidade que se pretende alcançar com a investigação.

Os objetivos são metas e intenções que sustentam a investigação e ajudam-na a “desenvolver-se com maior qualidade e eficácia” (Zabalza, 1992, p. 82), traduzindo-se num “enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão” (Fortin, 2003, p. 100).

Os objetivos de uma investigação são definidos por duas dimensões – geral e específica –, sendo que na primeira os objetivos são definidos de forma generalizada, transmitindo o que se espera e o que se pretende realizar com a investigação e na segunda, representam diretrizes e são estas que conduzem todo o trabalho de investigação, desconstruindo o objetivo geral.

Mediante o aqui exposto, o **objetivo geral** é a elaborar uma proposta de implementação de uma valência músculo esquelética na área fisioterapia, no Hospital Provincial do Cunene, em Angola.

Os **objetivos específicos** são os seguintes:

- Elaborar um diagnóstico das necessidades de fisioterapia;
- Saber a opinião dos profissionais de saúde sobre aspetos a relacionados com fisioterapia no HGO e na valência músculo esquelética.
- Construir uma proposta de implementação na valência músculo esquelética na área de fisioterapia.

## **5.7. Técnicas e instrumentos metodológicos**

### **5.7.1. Instrumentos de recolha de informação**

#### **5.7.1.1. Questionário**

Como já se referiu neste capítulo, o instrumento de recolha de dados adotado foi o questionário, na medida em que “se presta bem a uma utilização pedagógica pelo carácter muito preciso e formal da sua construção e da sua aplicação prática” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 186).

Na perspetiva de Silva e Pinto (2003, p. 167), o questionário é uma “técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predominado nas ciências e na sociedade em geral”.

Com vista a alcançar os objetivos definidos e a realizar uma proposta coerente, consistente e devidamente fundamentada, realizou-se um questionário (ver anexos XI) direcionado para os profissionais de saúde do hospital. O questionário proporcionou uma rápida recolha de informação, informação essa, que é variada e num espaço de tempo relativamente curto, sendo composto por um total de 20 questões de resposta aberta e fechada. As questões de resposta aberta foram analisadas através da análise de conteúdo e nas questões fechadas recorreu-se à análise estatística-descritiva para explicar as frequências, as médias e a percentagem. Na construção dos questionários considerou-se as propostas de sua clareza, extensão, introdução, à formulação de questões e opções de resposta (Quivy & Campenhoudt, 2008).

#### **5.7.1.2. Entrevista semi-diretiva**

O questionário permitiu recolher informação sobre a perspetiva dos profissionais de saúde em relação ao serviço de fisioterapia do HGO e da necessidade de haver uma valência de fisioterapia músculo esquelética, também se julgou pertinente aceder à visão da administração acerca do mesmo tema, pois permite aceder a outra perspetiva do próprio hospital. Com este objetivo, ou seja, para se ter uma opinião de quem não trabalha diretamente com os utentes, mas sim na administração do hospital, sobre a área fisioterapia do HGO e da necessidade de haver uma valência músculo esquelética na mesma área,

realizou-se uma entrevista semi-diretiva à administradora do HGO (o guião, bem como as respetivas categorias de análise podem ser consultados no (Anexos XII). Esta entrevista foi realizada em tom de conversa informal pois, como salienta Terrasêca (1996), o objetivo é realizar uma entrevista em tom de conversa informal, onde a preocupação com o seu rumo não menospreze nem deixar de lado aspetos ou fatores que estão presentes no guião e que são fulcrais para a investigação. Contudo, e é importante sublinhar, a compreensão destes aspetos só é possível devido às características do tipo de entrevista, que possui um grau de abertura suficiente para não se tornar num instrumento redutor da informação e recolher toda a riqueza que os sujeitos possam colocar nas suas palavras (Terrasêca, 1996).

A realização desta entrevista contribuiu para descobrir os aspetos a ter em conta na investigação e porque alarga ou retifica o campo de investigação das leituras, sendo o seu principal objetivo revelar determinados aspetos do fenómeno ou problema em estudo (Quivy & Campenhoudt, 2008). De facto, assim foi possível recolher informação diversa e aprofundada sobre o tema em análise e, ao mesmo tempo, visto se tratar apenas de um entrevistado, não exigiu a disponibilidade de mais colaboradores administrativos.

Morgan (citado por Bogdan & Biklen, 1994, p. 134) explica que a entrevista “consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes possa envolver mais pessoas (...) com o objetivo de obter informações sobre a outra” e pode ser a estratégia dominante para a recolha de informação (Bogdan & Biklen, 1994).

Para Quivy e Campenhoudt (2008, p. 192), a entrevista como “método de recolha de informações no sentido mais rico da expressão (...) adequa-se particularmente à análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados”. A sua finalidade é abrir a área livre dos interlocutores, face à matéria da entrevista e, conseqüentemente, diminuir a área secreta do entrevistado, bem como a área cega do entrevistador (Carmo & Ferreira, 2008). Desta forma, pode dizer-se que a entrevista representa uma técnica que exige a atenção e concentração do investigador, em relação ao que é transmitido pelo entrevistado e às palavras e comunicações não-verbais como as feições, entoações, hesitações, alterações do ritmo, entre outros, cuja captação é bastante importante para a análise do estudo (Albarelló *et al.*, 1997).

Antes de explicar o que é a entrevista semi-diretiva, importa esclarecer que existem três tipos de entrevista (Fontana & Frey, 1994) – a diretiva, semi-diretiva e não-diretiva – e, tendo em conta os objetivos do trabalho e a preocupação em se desenvolver uma investigação coerente, optou-se, como já se referiu, por realizar uma entrevista semi-diretiva.

A entrevista semi-diretiva, também designada semi-estruturada (Quivy & Campenhoudt, 2008), permite ao entrevistador recolher dados objetivos e subjetivos (Minayo, 1989), sendo sua característica a utilização de um guião, previamente elaborado pelo próprio, permitindo orientar a entrevista e o seu desenvolvimento e, simultaneamente, dá a possibilidade do

investigador se preparar para a entrevista. Assim, optou-se pela realização da entrevista semi-diretiva para que a entrevistada dispusesse de liberdade na abordagem da temática em análise, para que fosse criativa, tivesse a oportunidade de reformular as suas respostas e por outro lado, permitiu orientar a entrevistada em direção aos objetivos e questões de investigação. Outro motivo que sustenta a opção por este tipo de entrevista é que a utilização do guião permite orientar o entrevistado de forma a responder clara e objetivamente, já que “quando se utiliza um guião, as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 135).

### 5.7.2. Procedimentos de Recolha de dados

Foram realizados pedidos de autorização a instituição para que fosse possível a recolha de dados, e tendo uma resposta positiva para da mesma.

Foram distribuídos 30 a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e uma fisioterapeuta) sendo estes distribuídos por conveniência (profissionais que se encontravam de serviço na aquele dia) distribuído em envelopes para garantir a confidencialidade. São anónimos, foi acrescentado aos questionários uma folha com a informação do estudo, dados da instituição, do investigador contacto para possíveis dúvidas sobre o estudo.

Os questionários foram recolhidos de 13 a 17 de outubro de 2014, e dos 30 questionários distribuídos apenas 27 foram respondidos.

Quando a entrevista foi marcada pelo telefone com a administradora, foi enviada por correio eletrónico o consentimento informado, e a cópia da entrevista e o esclarecimento do propósito da participação no estudo a entrevista foi realizada por correio eletrónico devido a distância.

#### 5.7.3.1. Técnicas de análise da informação

##### 5.7.3.1. Análise estatística

A análise estatística foi utilizada para analisar a informação recolhida através do questionário aplicado aos profissionais de saúde, sendo a estatística uma “ciência matemática que agrega um conjunto de técnicas apropriadas para a recolha, a classificação, a apresentação e a interpretação de dados numéricos” (Fernandes, 1999, p. 2).

Para auxiliar a análise e tratamento da informação recolhida junto dos profissionais de saúde do HGO, recorreu-se ao *software* estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Science*, sendo este um programa de organização de dados e análise estatística e portanto, permite o tratamento estatístico através da seleção das opções presentes nos diferentes menus e caixas de diálogo, realizando análises estatísticas, das mais simples às mais complexas.

Como explica Fernandes (1999, pp. 2-3) “as aplicações das técnicas estatísticas estão já tão difundidas e a sua influência tem sido tão marcante, que a importância da Estatística é já hoje em dia reconhecida em todos os domínios da investigação científica e do desenvolvimento tecnológico”. Além disso, a metodologia estatística tem sido frequentemente utilizada na investigação realizada pelas indústrias farmacêutica e médica (Fernandes, 1999), o que também justifica a sua utilização na presente investigação.

Então, após a etapa de recolha de dados, por via de questionário, transferiram-se os dados para o formato digital, utilizando, para o tratamento e análise de dados o SPSS, tendo realizado uma análise estatística descritiva, tendo sido criadas tabelas de frequência e descritivas.

#### 5.7.3.1 Análise de conteúdo

O tratamento de dados através da análise de conteúdo, desenvolveu-se ao longo de três momentos diferentes – a descrição, a análise e a interpretação –, o primeiro é para o investigador redigir os seus textos, resultado dos dados originais registados; o segundo é o momento onde o investigador organiza os dados, destacando a informação mais relevante em consonância com as dimensões anteriormente definidas para a elaboração do guião da entrevista; o terceiro momento serve para o investigador obter significados e a com base neles, fazer inferências dos dados obtidos na investigação (Wolcott citado por Vale, 2004).

Tendo em conta que um dos instrumentos adotados na investigação é a entrevista, faz todo o sentido recorrer à análise de conteúdo, enquanto técnica de análise de informação, para analisar o discurso da administradora do hospital. Não obstante, Bardin (2009, p. 45) explica que o objeto da análise de conteúdo “é a fala, isto é, o aspeto individual e atual (em ato) da linguagem”, o que por outras palavras significa que o seu objeto de estudo é a informação revestida de sentido presente, subjetivamente, no discurso, neste caso, da entrevistada. Esta técnica busca a explicação e ao mesmo tempo a compreensão, permitindo ao investigador fazer inferências, identificando aspetos implícitos no discurso, uma vez que “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça (...) é a busca de outras realidades através das mensagens” (Bardin, 2009, p. 45).

Na opinião de Bogdan e Biklen (1994, p. 205) esta técnica de análise de informação traduz-se num “processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campos e de outros materiais que foram acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou”. E importa sublinhar a ideia de que a análise de conteúdo não é um instrumento, mas sim um conjunto de vários procedimentos, integrando diferentes técnicas que, pela sua sistematização, analisam documentos de diferentes modos e com diferentes finalidades (Sousa, 2005).

## 6. Resultados

O presente capítulo debruça-se, exclusivamente, sobre a apresentação dos resultados obtidos através dos questionários aplicados aos profissionais de saúde do HGO, bem como da entrevista realizada à administradora da referida instituição hospitalar.

### 6.1. Apresentação dos resultados

#### 6.1.1. Resultados dos questionários

##### 6.1.1.1. Caracterização da amostra

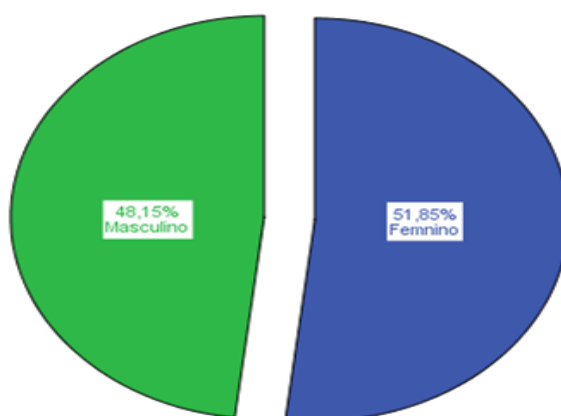
###### 6.1.1.1.1. Género

O questionário foi aplicado a 27 profissionais de saúde do HGO e após a análise dos seus resultados, no que diz respeito ao género da amostra, 51.9% é do género feminino e 48.1% é do género masculino.

**Tabela 6.1** – Género dos profissionais de saúde.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Feminino	14	51,9	51,9	51,9
Masculino	13	48,1	48,1	100,0
Total	27	100,0	100,0	

A figura 6.1 permite constatar a homogeneidade da amostra, já que 13 indivíduos são do género masculino e 14 do género, tratando-se de uma amostra equilibrada.



**Figura 6.1** – Género dos profissionais de saúde.

###### 6.1.1.1.2. Idade e tempo de experiência profissional

Através da tabela 6.3 muito facilmente se pode constatar que as idades são bastante variadas, distribuindo-se entre os 30 anos e os 59 anos. Dos 27 inquiridos, apenas um não revelou a

sua idade. Quanto ao tempo de experiência profissional, esta varia essencialmente entre os 10 e os 40 anos, destacando-se um indivíduo com apenas um ano de experiência. Quatro indivíduos que não responderam.

**Tabela 6.2 – Idade e tempo de experiência profissional dos profissionais de saúde.**

	Frequência	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	26	30	59	45,50	8,066
Tempo de experiência	24	1	40	20,83	8,090

Na tabela 6.3 é possível aferir a média de idades, de 45.5 anos, bem como a média do tempo de experiência profissional (20.83 anos).

**Tabela 6.3 – Idade e tempo de experiência profissional**

Idade	Frequência	Tempo de experiencia/ Anos	Frequência
30	1	1	1
34	1	10	1
35	1	13	2
36	2	14	1
38	1	16	1
40	1	18	2
41	2	19	1
44	2	20	4
45	2	22	3
46	1	23	1
47	4	25	2
49	1	29	1
50	1	30	1
54	1	35	1
56	2	40	1
57	1	-	4
59	2		
-	1		

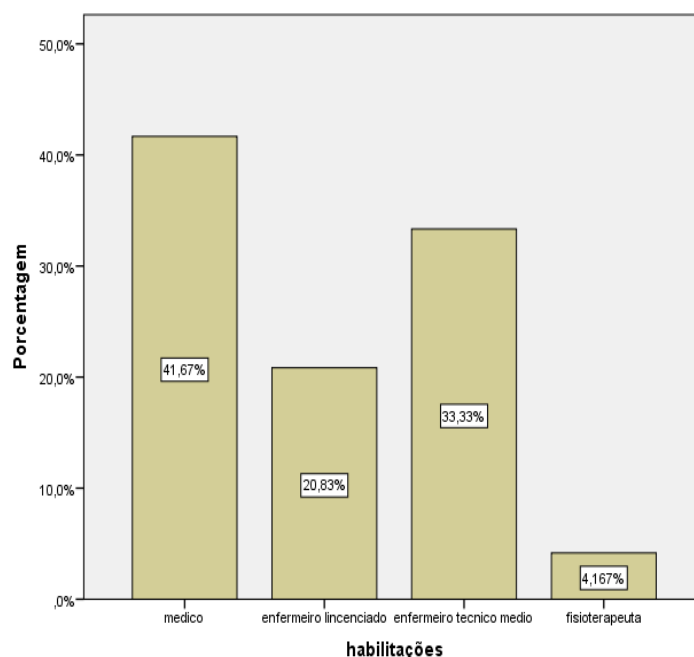
#### 6.1.1.1.3. Cargo ocupado pelos profissionais de saúde

No que diz respeito ao cargo ocupado pelos profissionais de saúde do HGO que fazem parte da amostra do estudo, 10 são médicos, 8 são enfermeiros técnicos médios, 5 são enfermeiros licenciados e existe apenas uma fisioterapeuta.

**Tabela 6.4 – Cargo ocupado pelos profissionais de saúde.**

Cargos profissionais	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Médico	10	37,0	41,7	41,7
Enfermeiro licenciado	5	18,5	20,8	62,5
Enfermeiro técnico médio	8	29,6	33,3	95,8
Fisioterapeuta	1	3,7	4,2	100,0
Total de respostas	24	88,9	100,0	
Sem resposta	3	11,1		
Total	27	100,0		

A figura 6.2 proporciona uma visão clara e imediata dos cargos ocupados pelos 24 profissionais de saúde questionados, já três optaram por não referir o cargo ocupado, o que equivale a 11.1% dos questionados.



**Figura 6.2** – Cargo ocupado pelos profissionais de saúde.

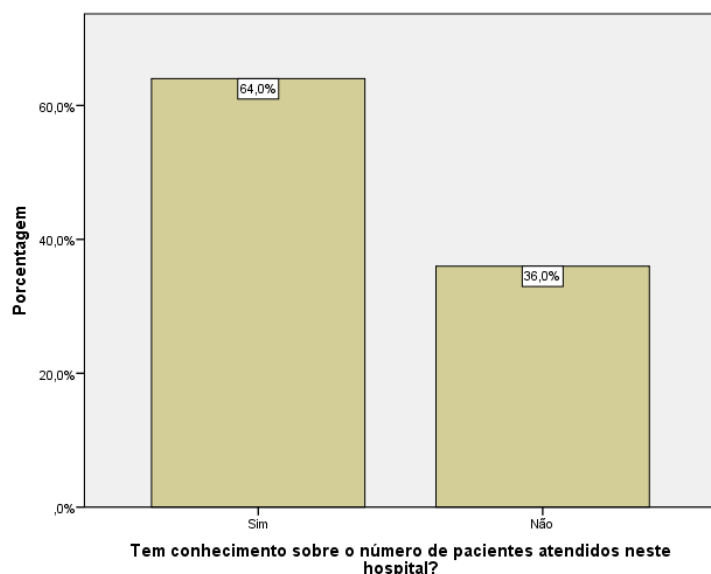
#### 6.1.1.2. Conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no HGO

Quando se perguntou aos profissionais de saúde do HGO se tinham conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no hospital, mais de metade afirma ter noção do número de pacientes atendidos, contudo, 7.4% não respondeu, o que significa que dois indivíduos não responderam à questão.

**Tabela 6.5** – Conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no HGO.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	16	59,3	64,0	64,0
Não	9	33,3	36,0	100,0
Total	25	92,6	100,0	
Sem resposta	2	7,4		
Total	27	100,0		

A figura que se segue permite aferir que 59.3% dos indivíduos respondeu que sim e 33.3% afirma não saber quantos pacientes são atendidos no hospital.



**Figura 6.3** - Conhecimento sobre o número de pacientes atendidos no HGO.

#### 6.1.1.3. Principais patologias do HGO

Neste item, a maior parte dos profissionais apontou mais do que uma patologia, pelo que na tabela que se segue, elencam-se as patologias referidas pelos profissionais de saúde do HGO e a respetiva frequência. É de salientar que dois indivíduos não responderam à questão e um respondeu e apontou como principais patologias “medicina, pediatria e ortopedia”, pelo que não se considerou a resposta, na medida em que não faz sentido, perfazendo então, um total de três indivíduos que não apresentam resposta. Assim, as principais patologias apontadas pelos profissionais de saúde do hospital são as seguintes: doenças cardiorrespiratórias, malária, traumatismo / politraumatismo, VIH, doenças diarreicas agudas, malnutrição, AVC, doenças cardiovasculares e anemia.

**Tabela 6.6** – Principais patologias do HGO.

Principais patologias	Frequência	Principais patologias	Frequência
Doenças cardiorrespiratórias	23	Doenças cardiovasculares	4
Malaria	21	Anemia	3
Traumatismo / Politraumatismo	9	Febre tifoide	1
VIH	8	Gastroenterites	1
Doenças diarreicas agudas	7	Lombalgia	1
AVC	5	Diabetes mellitus	1
Anemia	5	Sem respostas	3
Malnutrição	4		

#### 6.1.1.4. Áreas que o HGO não consegue dar resposta

A tabela 6.7 permite verificar quais são as áreas que HGO não consegue dar resposta. A fisioterapia e uma das áreas apontadas pelos profissionais, seguindo-se a Neuroimagem, a neurologia, a oncologia e a neurocirurgia.

**Tabela 6.7** – Áreas que o HGO não consegue dar resposta.

Patologias sem resposta	Frequência	Patologias sem respostas	Frequência
Fisioterapia	14	Anatomia patológica	3
Neuroimagem	6	Psiquiatria	3
Neurologia	6	Cardiologia	2
Oncologia	6	Microbiologia	2
Neurocirurgia	6	Hematologia	1
Dermatologia	3	Sem resposta	7
Reumatologia	3		

#### 6.1.1.4. Áreas de intervenção do HGO

Das várias áreas de intervenção do HGO, 26 profissionais apontaram como principais áreas a de pediatria e a de trauma-ortopedia, seguindo-se área de ginecologia e obstetrícia e cardiorrespiratória, a neurologia referida por 4 vezes, a área dermatologia foi referida por apenas um profissional e a de reumatologia e oncologia não foi referida por nenhum questionado.

**Tabela 6.8** – Principais áreas de intervenção do HGO.

Áreas de intervenção	Frequência
Pediatria	26
Trauma-Ortopedia	26
Genecologia e obstetrícia	25
Cardiorrespiratória	25
Neurologia	4
Dermatologia	1
Oncologia	0
Reumatologia	0

#### 6.1.1.5. Áreas predominantes do HGO

No que respeita às áreas predominantes do HGO, vários questionários apontaram mais do que uma área, no entanto, também é de referir que cinco dos inquiridos optaram por não responder. Os profissionais apontaram as seguintes: pediatria, medicina, ginecologia e obstetrícia e traumato-ortopedia.

**Tabela 6.9** – Áreas predominantes do HGO.

Áreas predominantes	Frequência
Pediatria	13
Medicina	13
Traumato-ortopedia	13
Genecologia e Obstetrícia	11
Cirurgia	2
Oftalmologia	1
Otorrino	1
Neonatalogia	1
Sem resposta	5

#### 6.1.1.6. Encaminhamento dos pacientes que não são atendidos no HGO

A tabela 6.10 subordina-se ao encaminhamento dos pacientes que não são atendidos no HGO, sendo possível identificar quatro locais distintos para onde estes são reencaminhados. 22 Profissionais de saúde apontaram a Namíbia, 13 referiram Lubango, cinco referiram Luanda e apenas um profissional referiu Benguela.

**Tabela 6.10** – Encaminhamento dos pacientes que não são atendidos no HGO.

Local de encaminhamento	Frequência
Namíbia	22
Lubango	13
Luanda	5
Benguela	1
Sem resposta	5

#### 6.1.1.7. Procura dos serviços de saúde por pacientes vindos de outros hospitais.

À pergunta “Existe uma procura, de pacientes vindos de outros hospitais?”, a esmagadora maioria respondeu que sim (96.3%), sendo que apenas um dos inquiridos respondeu que não. O que significa que o hospital atende pacientes de outros hospitais.

**Tabela 6.11**- há uma Procura dos serviços de saúde por pacientes vindos de outros hospitais?

Respostas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	26	96,3	96,3	96,3
Não	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

A tabela 6.12 permite facilmente verificar que a uma procura dos serviços de saúde por pacientes vindos de outros hospitais é, para 22 dos inquiridos, o hospital municipal. Cinco inquiridos não responderam.

**Tabela 6.12** – hospitais que procuram os serviços de saúde do HGO

Quais hospitais	Frequência
Hospitais municipais	22
Sem resposta	5

#### 6.1.1.8. Conhecimento sobre a importância da Fisioterapia na assistência à saúde

Quando se procurou perceber se os profissionais de saúde do HGO têm conhecimento sobre a importância da fisioterapia na assistência à saúde, a maioria respondeu que sim (92.6%). Apenas 7.4% refere não ter conhecimento, o que equivale a dois dos indivíduos inquiridos.

**Tabela 6.13** – tem conhecimento sobre a importância da Fisioterapia na assistência à saúde?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	25	92,6	92,6	92,6
Não	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

#### 6.1.1.9. Áreas de atuação em fisioterapia

A tabela que se segue refere-se ao conhecimento sobre as áreas de atuação em fisioterapia dos profissionais de saúde do HGO, tendo sido referidas diversas áreas. No entanto, através da análise dos resultados é possível destacar as seis áreas mais referidas pelos questionados e são elas: neurologia e tramato-ortopedia.

**Tabela 6.14** – As áreas de atuação em fisioterapia conhecidas pelos profissionais de saúde.

Área de atuação	Frequência	Área de atuação	Frequência
Neurologia	9	Oncologia	1
Tramato-ortopedia	9	Fisioterapia Desportiva	1
Estética	1	Cardio-funcional	1
Fisioterapia pediátrica	1	Sequelas de queimaduras	1
Fisioterapia do trabalho	1	Sem respostas	16
Neonatologia	1		

#### 6.1.1.10. Procura de cuidados de fisioterapia por pacientes do HGO

À semelhança do que aconteceu em questões anteriores, também aqui se procurou saber se existe alguma procura de pacientes que necessitam de fisioterapia. Grande parte dos inquiridos respondeu que sim (92.6%) e apenas 7.4% respondeu que não.

**Tabela 6.15** – há fluxo elevado de pacientes que procuram cuidados de fisioterapia no HGO?

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	25	92,6	92,6	92,6
Não	2	7,4	7,4	100,0
Total	27	100,0	100,0	

#### 6.1.1.11. Principais patologias que carecem de intervenção do Fisioterapeuta.

O questionário também serviu para perceber se os profissionais de saúde do HGO que participaram no estudo sabem quais as principais patologias que carecem de intervenção fisioterapeuta. Tratando-se de respostas abertas, procurou-se agrupar as respostas dadas pelos inquiridos, até porque na maior parte dos casos referiram mais do que uma patologia. Os resultados demonstram que as principais patologias apontadas pelos profissionais de saúde do HGO são: as alterações neurológicas, alterações traumato-ortopédicas; queimaduras e sida.

**Tabela 6.16** – Principais patologias que carecem de intervenção fisioterapêutica.

Área de atuação	Frequência	Área de atuação	Frequência
Alterações neurológica	19	Incontinência urinária	1
Alterações traumato-ortopédicas	13	UTI	1
Queimaduras	4	Preparação pós parto	1
Sida	3	Alterações pós câncer de mama	1
Patologias respiratórias	2	Sem respostas	8
Patologias cardiovasculares	1		

#### 6.1.1.12. Conhecimento sobre a existência da área de fisioterapia no HGO

Os resultados obtidos no que diz respeito à existência de uma área de fisioterapia são um pouco contraditórios, ou seja, foi perguntado aos inquiridos se existiam serviços de fisioterapia e nove indivíduos (33.3%) responderam sim e 18 responderam não (66.7%).

**Tabela 6.17** – Conhecimentos sobre existência da área de fisioterapia no HGO.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Sim	9	33,3	33,3	33,3
Não	18	66,7	66,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

A tabela 6.16 refere-se à estruturação dos serviços de fisioterapia e apenas 33,3 dos indivíduos responderam, afirmando que a área não estão estruturados. 66.7% Não responderam.

**Tabela 6.18** – estruturação da área da fisioterapia.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Não	9	33,3	100,0	100,0
Sem resposta	18	66,7		
Total	27	100,0		

#### 6.1.1.13. Pacientes a quem é recomendada fisioterapia.

À pergunta “já recomendou ou já viu uma recomendação em paciente do hospital em fazer fisioterapia?”, 24 indivíduos responderam que sim (88.9%) e dois responderam que não (7.4%). Apenas um indivíduo não respondeu.

**Tabela 6.19** – Já recomendou ou já viu uma recomendação em paciente do hospital fazer fisioterapia.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sim	24	88,9	92,3	92,3
Não	2	7,4	7,7	100,0
Total	26	96,3	100,0	
Sem resposta	1	3,7		
Total	27	100,0		

#### 6.1.1.14. Frequência da recomendação dos serviços de fisioterapia.

À pergunta “Com que frequência vê recomendar ou recomenda aos pacientes os serviços de fisioterapia?”, apenas um inquirido não respondeu.

Dos indivíduos que participaram no estudo, 55.6% dos profissionais de saúde inquiridos afirma que vê com frequência os serviços de fisioterapia serem recomendados, 33.3% referiu poucas vezes e 7.4% referiu quase nunca.

**Tabela 6.20** – frequência com que vê recomendar ou recomenda aos pacientes os serviços de fisioterapia.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Quase nunca	2	7,4	7,7	7,7
Poucas vezes	9	33,3	34,6	42,3
Muitas vezes	15	55,6	57,7	100,0
Total	26	96,3	100,0	
Sem resposta	1	3,7		
Total	27	100,0		

#### 6.1.1.15. Principal motivo da recomendação dos serviços de fisioterapia.

No que respeita ao principal motivo da recomendação dos serviços de fisioterapia, os resultados demonstram que para 74.1% dos inquiridos o motivo é o tratamento, seguindo-se a prevenção com 11.1% e por fim, a urgência (3.7%). 11.1% dos participantes, o correspondente a três indivíduos, não revelaram a sua opinião.

**Tabela 6.21** – o motivo pelo qual recomendam a fisioterapia.

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Prevenção	3	11,1	12,5	12,5
Tratamento	20	74,1	83,3	95,8
Urgência	1	3,7	4,2	100,0
Total	24	88,9	100,0	
Sem resposta	3	11,1		
Total	27	100,0		

6.1.1.16. Local de encaminhamento dos pacientes que necessitam de fisioterapia em caso que HGO não consegue dar assistência.

De acordo com os resultados obtidos nos inquéritos por questionário, o principal local de encaminhamento de pacientes que necessitam de fisioterapia são os hospitais da Namíbia (referido por 16 indivíduos). Contudo, também são apontados outros locais como os hospitais de Lubango e de Luanda.

**Tabela 6.22** – Local de encaminhamento dos pacientes que necessitam de fisioterapia em caso em que hospital não poder dar assistência.

<b>Fisioterapia fora do hospital</b>	<b>Frequência</b>
Hospitais da Namíbia	16
Hospitais de Luanda	5
Hospital Central de Lubango	1
Hospitais de Lubango	8
Sem resposta	9

6.1.1.17. Atendimento a pacientes vítimas de acidentes.

À pergunta “Nesta unidade são atendidas vítimas de acidentes?”, incluindo vítimas acidentes automobilísticos, domésticos, arma de fogo, entre outros, 88.9% dos inquiridos respondeu que sim. 11.1% Optou por não responder.

**Tabela 6.23** – Nesta unidade são atendidos vítimas de acidentes (automobilísticos, domésticos, arma de fogo, etc.)?

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Sim	24	88,9	100,0	100,0
Sem resposta	3	11,1		
Total	27	100,0		

6.1.1.18. Principais motivos dos acidentes

Quando se procurou aferir os principais motivos dos acidentes, 8 dos inquiridos não respondeu e dos restantes, quase todos apontaram mais do que um motivo. Assim, 19 inquiridos apontaram como principal motivo dos acidentes, o acidente automobilístico, 4 referiram acidentes domésticos e 2 salientaram a arma do fogo.

**Tabela 6.24** – Principais motivos dos acidentes.

<b>Principais motivos</b>	<b>Frequência (N.º)</b>
Acidentes Automobilísticos	19
Arma de fogo	2
Acidentes domésticos	4
Sem resposta	8

#### 6.1.1.19. Atendimento a pacientes com sequelas de doenças neurológicas.

Neste estudo, perceber o tipo de pacientes que atendem com maior frequência é muito importante, pois pretende-se desenvolver uma proposta que vá de encontro às necessidades e lacunas no que diz respeito à valência de músculo-esquelética, do serviço de fisioterapia do HGO. Deste modo, procurou-se saber se o hospital atende pacientes com sequelas neurológicas, área onde a fisioterapia pode contribuir muito na reabilitação dos mesmos, pelo que 96.3% dos inquiridos respondeu que sim e apenas 1 indivíduo, correspondente a 3.7% da amostra, não respondeu.

**Tabela 6.25** – existência no hospital, pacientes com sequelas de doenças neurológicas

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Sim	26	96,3	100,0	100,0
Sem resposta	1	3,7		
Total	27	100,0		

#### 6.1.1.20. Contributo da fisioterapia na diminuição do tempo de internamento

À pergunta se a fisioterapia pode diminuir o tempo de internamento, 66.7% respondeu que sim, e 18.5% respondeu que não, perfazendo um total de 23 respostas.

Os restantes indivíduos, 4, o equivalente a 14.8% dos participantes do estudo optou por não revelar a sua opinião.

**Tabela 6.26** – A fisioterapia pode diminuir neste tempo de internamento?

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Sim	18	66,7	78,3	78,3
Não	5	18,5	21,7	100,0
Total	23	85,2	100,0	
Sem resposta	4	14,8		
Total	27	100,0		

#### 6.1.1.21. A existência de uma valência musculo esquelética melhora da assistência à saúde?

A última pergunta colocada tem que ver, à semelhança da anterior, com o contributo da fisioterapia, no entanto, foca o seu contributo ao nível da melhoria na assistência à saúde. 85.2% dos participantes acredita que a fisioterapia melhoraria a assistência à saúde e 14.8% optou por não responder. Veja-se a tabela 6.25.

**Tabela 6.27** – Opinião, sobre existência de uma valência músculo esquelética, melhoraria a assistência à saúde no HGO.

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem válida</b>	<b>Porcentagem acumulativa</b>
Sim	23	85,2	100,0	100,0
Sem resposta	4	14,8		
Total	27	100,0		

### 6.1.2. Resultados da entrevista

A realização da entrevista, como já se referiu no capítulo referente à metodologia de investigação, permitiu aceder à visão da administradora sobre a área de fisioterapia e da necessidade de existir uma valência de fisioterapia músculo-esquelética. A entrevista foi realizada à administradora do HGO e as suas respostas encontram-se (no anexo XIII).

O objetivo da primeira questão era conhecer as especialidades médicas do hospital e também, perceber qual a distribuição dos profissionais de saúde na respetiva especialidade e se esta distribuição é ou não ajustada mediante as necessidades do HGO. A resposta dada pela administradora é muito direta e clara, ao afirmar que “No HGO todos as especialidades necessitam de mais profissionais de saúde”.

A segunda questão procura aferir principais áreas de intervenção e patologias do hospital, sendo que “as principais áreas e patologias mais frequentes do hospital são doenças respiratórias agudas, hipertensão arterial, doenças diarreicas agudas, tuberculose, malária, diabetes, politraumatizados e VIH”.

A terceira e quarta questão focam-se sobre a valência de fisioterapia, pelo que quando se questionou a administradora sobre as valências/áreas de especialidades da fisioterapia disponibilizadas e sua organização, é possível perceber que a área de fisioterapia está numa fase inicial, não sendo ainda uma área estruturada. Como refere a administradora do HGO, “ainda não temos distribuídas áreas de especialidade da fisioterapia estamos numa fase inicial e a área de fisioterapia não encontra-se devidamente estruturado e organizado”. À pergunta quais as maiores carências da área de fisioterapia? A administradora aponta a falta de profissionais formados, justificando-se pela afluência de utentes nesta área. As respostas dadas pela administradora do HGO salientam a importância do serviço de fisioterapia, demonstrando que a implementação da valência de músculo-esquelética na área de fisioterapia será uma mais-valia para o HGO e para os próprios utentes.

Na opinião da administradora do hospital, dispor de uma valência músculo esquelética na área de fisioterapia comporta consigo diversas vantagens, já que “é uma área abrangente e trata de várias patologias” e “melhoraria sim a assistência a saúde”. As vantagens apontadas pela administradora são: “minimizará sequelas”; “proporcionará um atendimento especializado aos utentes”; “acelera o tempo de recuperação do utente diminuindo assim a estadia prolongada na instituição”; vai proporcionar “mais qualidade no atendimento para o hospital”; eliminar a “necessidade de encaminhar os utentes para outros hospitais”.

Relativamente a possíveis dificuldades que poderiam surgir na implementação da valência de músculo-esquelética na área de fisioterapia, a administradora não aponta nenhuma dificuldade em concreto, dizendo que “pequenas dificuldades sempre existem”. No entanto, realça a importância da valência e a inovação da ideia no HGO, já “que essa valência é de

extrema relevância e precisamos muito dessa área específica temos muitos utentes. Não foi sugerida a ideia acho esta proposta pioneira”. Além disso, a proposta apresentada também fará sentido, já que o hospital dispõe de condições físicas e espaciais, onde funciona área de fisioterapia.

## **6.2. Discussão dos Resultados**

O presente trabalho foca-se na intervenção da fisioterapia ao nível músculo esquelético, sendo o seu principal objetivo elaborar uma proposta de implementação da valência de músculo esquelética na área de fisioterapia do HGO, no Cunene, em Angola. Importa frisar, desde já, que a intervenção da fisioterapia junto das lesões músculo esqueléticas passa pelas perturbações dos ossos, das articulações e dos músculos, estando associadas a dor e inflamação, a principal causa de dor crónica e de incapacidade. Tratam-se de lesões que incluem entorses, distensões, contusões, luxação/deslocamento da articulação, fraturas, bursites, tendinopatias, hérnias discais, etc., podendo ser lesões que podem resultar de microtraumas consecutivos (lesão por esforço excessivo) ou de macro traumas (lesões agudas) (AMAD, 2012).

A recolha da informação para a investigação foi realizada através de um questionário, o qual foi aplicado a 27 profissionais de saúde do HGO, dos quais 10 são médicos, 8 são enfermeiros técnicos médios, 5 são enfermeiros licenciados e 1 é fisioterapeuta, sendo que três questionados optaram por não revelar o cargo ocupado. Além disso, foi ainda realizada uma entrevista à administradora do hospital.

Os resultados obtidos demonstram que as principais patologias do HGO, indicadas pelos profissionais de saúde do HGO, são doenças cardiorrespiratórias, malária traumatismo/politraumatizados, o VIH, doenças diarreicas agudas, traumatismo / politraumatismo, malnutrição, AVC, anemia, e doenças cardiovasculares, febre tifoide. Na opinião da administradora do hospital, as principais áreas e as patologias mais frequentes do hospital são doenças respiratórias agudas, hipertensão arterial, doenças diarreicas agudas, tuberculose, malária, diabetes, politraumatizados e VIH. Estes dados vão ao encontro do que Vide (2004) explica, na medida em que aponta a malária, as doenças diarreicas agudas e as doenças respiratórias agudas como as principais causas de mortalidade em Angola, onde VIH vem a ganhar relevância no quadro de morbi-mortalidade deste país. Também para Simões *et al.* (2012) o estado de saúde angolano é semelhante ao de um país pouco desenvolvido, onde as principais causas de mortalidade estão associadas à prevalência de doenças infecciosas, destacando-se a malária, a sida e a tuberculose como as principais.

Quanto aos pacientes em que HGO não consegue dar resposta, isto é, a capacidade de consumo, neste caso, de uma área que não se concretiza por algum motivo, a fisioterapia é

um dos deficits apontados pelos profissionais, seguindo-se a neuro imagiologia, a neurologia, a oncologia e a neurocirurgia. Estes resultados indicam e realçam a necessidade e, ao mesmo tempo, a importância de se implementar uma valência de músculo-esquelética na área de fisioterapia deste hospital. Também a administradora do HGO refere que o hospital necessita de mais profissionais em todas as especialidades. Note-se como as doenças, as principais patologias e as principais vítimas de acidentes apontadas carecem da intervenção da fisioterapia e abrangem uma diversidade de fatores, uma vez que afetam vários sistemas corporais como o músculo esquelética, o neuromuscular, o cárdio-respiratório e tecidual (Kisner & Allen, 2005).

As principais áreas de intervenção do HGO apontadas pelos profissionais de saúde são a área de pediatria, traumatologia-ortopedia, seguindo-se a área de ginecologia e obstetrícia. As principais áreas de intervenção coincidem com as áreas predominantes do hospital, na medida em que as segundas são a pediatria, medicina, ginecologia e obstetrícia e traumatologia-ortopedia. Repare-se que, em Angola, tanto a taxa de natalidade como a de mortalidade são altas e acompanhadas de elevadas taxas de fertilidade e de mortalidade infantil. Queza (2010), ao dissertar sobre o estado de saúde da população angolana, salienta a baixa esperança de vida ao nascer, assim como as altas taxas de mortalidade materna e infantil, uma série de doenças transmissíveis e várias doenças a aumentar de forma exponencial como doenças crónicas e degenerativas e de mortalidade prematura evitáveis.

No que diz respeito ao encaminhamento de utentes que não são atendidos no HGO, é de referir que estes são reencaminhados para hospitais fora da província, sendo que a maior parte dos questionários apontaram a Namíbia e o Lubango como os principais locais de reencaminhamento de utentes, mas também são encaminhados para Luanda e Benguela. Estes dados refletem alguns dos pontos fracos do SNS de Angola apontados por Queza (2010) como: a dificuldade de articulação e coordenação estratégicas das intervenções de saúde e sobre os determinantes de saúde; investimentos pouco coerentes com as necessidades e prioridades da saúde; desigual distribuição dos recursos humanos; sistemas de informação, comunicação, supervisão e avaliação incipientes. É de salientar que para mais de metade da amostra, o HGO não dispõe de área de fisioterapia, contudo, outros questionários afirmam que existe, mas que no entanto não estão estruturados e mediante esta necessidade, os hospitais da Namíbia, principalmente, mas também os hospitais de Lubango e de Luanda são as unidades hospitalares que também recebem utentes que necessitam de fisioterapia e que o HGO não consegue tratar, refletindo uma desigualdade na distribuição de recursos.

A esmagadora maioria dos profissionais de saúde do HGO que participaram no estudo reconhecem a importância que a fisioterapia tem na assistência à saúde, contribuindo para a diminuição do tempo de internamento, bem como para a melhoria da assistência à saúde. A

intervenção do fisioterapeuta é de extrema importância e este pode “praticar independentemente de outros profissionais de saúde e também no contexto de programas e projetos interdisciplinares de habilitação/reabilitação, com o objetivo de restaurar a função e a qualidade de vida, em indivíduos com perdas ou alterações de movimento” (Guerra, 2010, p. 1).

As principais áreas de intervenção da fisioterapia consideradas nos questionários são a área de traumatologia-ortopedia, Neurologia, e de facto, o objetivo da intervenção em fisioterapia é eliminar ou resolver desordens do movimento ou disfunções do sistema neuro-musculo-articular (Langendoen, 2004; Rothstein, 1994) e os serviços de fisioterapia são, em grande parte, frequentados por utentes que apresentam comprometimentos físicos associados a lesão, doenças ou distúrbios que incapacitam os mesmos (Kisner & Colby, 2005).

Além disso, os questionários referem ainda áreas como a fisioterapia pediátrica, no trabalho, desportiva, Neonatologia, oncologia, cardio-funcional, entre outras. A fisioterapia intervém junto da incapacidade funcional do indivíduo, e como realçam Verbrugge e Jette (1994) incapacidade corresponde ao impacto e às consequências funcionais de condições agudas ou crónicas que colocam em risco a capacidade do indivíduo para desempenhar papéis necessários e habituais e esperados pela sociedade.

A análise das respostas dadas pelos profissionais de saúde refletem a necessidade da intervenção fisioterapêutica, permitindo perceber que as principais áreas que necessitam desta intervenção são as áreas de alterações neurológicas; traumatologia-ortopedia; queimaduras e sida.

Mediante a falta de serviços de fisioterapia devidamente estruturados, os profissionais de saúde do HGO referem que recomendam fisioterapia muitas vezes, sendo que o principal motivo da recomendação é o tratamento, seguido da prevenção. Também para a administradora do HGO o serviço de fisioterapia está numa fase inicial, não sendo ainda um serviço estruturado, apontando a falta de profissionais formados, como uma das maiores carências do hospital.

O hospital atende muitas vítimas de acidentes, de entre os quais acidentes automobilísticos, domésticos e com armas de fogo. Além disso, também atende pacientes com sequelas neurológicas, área onde a fisioterapia pode contribuir muito na reabilitação dos mesmos, sendo que o responsável é o fisioterapeuta Segundo a WCPT (2011), a fisioterapia proporciona serviços individuais e à comunidade, com vista à promoção, continuidade e restauro do máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida, intervindo quando o movimento e a função estão em causa devido a fatores como a idade, uma lesão, doença ou condições ambientais. E para a administradora do hospital a fisioterapia é uma área abrangente que trata diversas patologias, pelo que implementar a valência músculo esquelética na área de fisioterapia, seria muito benéfico, comportando várias vantagens como:

melhora a assistência à saúde; minimiza sequelas; proporciona um atendimento especializado aos utentes; acelera o tempo de recuperação do utente; diminui a estadia prolongada na instituição; proporciona mais qualidade no atendimento; elimina a necessidade de encaminhar os utentes para outros hospitais.

A proposta elaborada é de extrema relevância e comporta vantagens, pois é uma grande lacuna do hospital, assumindo um papel fulcral na medida em que promove a educação e orientação de quem cuida, contribui para a autonomia do indivíduo e promove o seu senso de identificação no meio que o rodeia (Júnior & Reis, 2007).

## 7. Proposta de Implementação

---

Este capítulo tem como principal objetivo apresentar a proposta de implementação da valência de músculo-esquelética do serviço de fisioterapia do HGO.

### 7.1. Enquadramento

À luz dos resultados obtidos, tanto no questionário distribuídos pelos profissionais de saúde do HGO, como na entrevista realizada à administradora do mesmo hospital, a implementação da valência de músculo esquelética será uma mais-valia, é algo pioneiro naquele hospital sendo também uma das suas necessidades.

As lesões músculo esqueléticas “incluem entorses, distensões, contusões, luxação/deslocamento da articulação, fraturas, bursites, tendinopatias, hérnias disciais, etc. Estas lesões podem ser a consequência de microtraumas consecutivos (lesão por esforço excessivo) ou de macrotraumas (lesões agudas) ” /AMAD, 2012, p.1). A fisioterapia em condições músculo-esqueléticas intervém ao nível das perturbações do sistema muscular, também designado de músculo-esquelético, como perturbações dos ossos, em articulações e/ou músculos. Portanto, nesta proposta, a fisioterapia em condições músculo-esqueléticas vai intervir em patologias do foro ortopédico mas também, do foro traumatológico e reumatológico e ao nível da prevenção, reabilitação e integração funcional do indivíduo.

Este tipo de lesões, músculo-esqueléticas, é muito comum e inclui mais de 150 doenças e síndromes, geralmente, associadas a dor e inflamação. Essas patologias, as quais esta proposta visa tratar, são as seguintes:

- Lesão dos tecidos moles: contusão, rutura tendinosa ou muscular, lesão cápsulo-ligamentar, lesão neural periférica, lesão por sobrecarga, etc.;
- Síndromes compartimentais: a síndrome do túnel cárpico, síndrome do túnel tarsico, etc.;
- Alterações posturais: alterações segmentares como alterações do eixo articular de uma dada articulação ou multisegmentares como escoliose, cifoescoliose, hipercifose, hiperlordose, etc.;
- Patologias / Deformidades da coluna / Lesões vertebrais: lombalgia, dorsalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia;
- Lesões no nervo ciático: dor ciática ou ciatalgia;
- Hérnias disciais;
- Alterações da neurodinâmica;
- Reabilitação pós-cirúrgica;

- Luxação / Subluxação;
- Artrose;
- Artrite Reumatoide;
- Espondilite Anquilosante;
- Doenças reumáticas periarticulares ou das partes moles;
- Prevenção e tratamento de lesões desportivas;
- Outras síndromes de dor e fadiga crónicas.

## 7.2. Objetivos

Os objetivos para valência de músculo esquelética da área de fisioterapia do HGO têm a grande finalidade de proporcionar aos utentes serviços de fisioterapia de melhor qualidade e, ao introduzir uma nova valência na área de fisioterapia, tem em vista melhorar a assistência à saúde.

Desta forma, são objetivos da valência de músculo-esquelética aqui proposta, os seguintes:

- Alívio e/ou resolução dos sintomas associados, com vista á otimização da função;
- Resolver a causa primária da origem dos sintomas, quando tal é possível;
- Implementar de estratégias que visam a prevenção deste tipo de problemas ou a sua reincidência;
- Assegurar que as pessoas que sofrem de problemas músculo-esqueléticos crónicos desfrutem de uma vida com qualidade e independência.

A fisioterapia deve ser orientada para os objetivos que se seguem (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, pp. 8-9) e os quais também se enquadram na presente proposta:

- Diagnosticar e definir as diferentes patologias, deficiências e incapacidades existentes;
- Definir o prognóstico e avaliar o potencial de reabilitação;
- Planear e prescrever o tratamento;
- Coadjuvar e apoiar as diferentes ações médico-cirúrgicas;
- Prevenir o descondicionamento físico e psicológico, bem como todas as sequelas decorrentes do imobilismo e isolamento dos doentes internados;
- Facilitar e estimular os processos de recuperação e regeneração natural;
- Estimular, maximizar e compensar as capacidades residuais;
- Promover a integração socioprofissional.

### 7.3. Técnicas

Tendo em conta as lesões músculo-esqueléticas, cabe ao fisioterapeuta definir as estratégias e as técnicas a adotar no tratamento, podendo elas ser:

- Técnicas manuais de mobilização dos tecidos moles;
- Alongamento e relaxamento mio-fascial;
- Mobilização neural;
- Mobilização articular;
- Drenagem linfática e venosa;
- Técnicas de correção postural;
- Técnicas que visam o treino do movimento normal e exercícios com vista à melhoria da força muscular e estabilidade articular;
- Eletroterapia, laserterapia, magnetoterapia, ultra-som, termoterapia (calor húmido, gelo);
- Pressoterapia;
- Técnicas de imobilização funcional (ligaduras);
- Etc.

### 7.4. Equipamentos e instalações

Qualquer serviço deve estar devidamente equipado, tendo em conta os seus objetivos e o tipo de serviço em causa. Para este ponto, suportamo-nos no contributo da Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento (2003, pp. 60-62) que apresenta uma lista de equipamentos específicos de fisioterapia.

Então, para eletroterapia, que consiste na aplicação de correntes elétricas, efeito terapêutico direto ou indireto, são necessários os seguintes equipamentos (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 60):

- Aparelhos de baixa e média frequência (correntes galvânicas farádicas, progressivas/exponenciais, diadinâmicas, TENS ou outras de efeito anti-álgico, moduladas, interferenciais bipolares e/ou tetrapolares, etc.);
- Aparelho com disponibilidade de estudo das curvas I/T- (cronaxia e reobase);
- Aparelhos de alta frequência - tipo ondas curtas ou micro ondas contínuas e pulsáteis;
- Aparelhos de estimulação elétrica funcional e de reeducação neuro-motora de tipo *biofeedback*;
- Aparelhos de magnetoterapia (opcional).

Para fototerapia, a valência de músculo-esquelética dispor do seguinte (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 60):

- Aparelho de Ultra violetas: UV-A e UV-B;
- Aparelho de Infra-vermelhos;
- Aparelho de LASER.

Para termoterapia por condução (superficial), é necessário o seguinte equipamento (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 60):

- Aparelho de calor húmido/hot-packs;
- Aparelho/tina de parafinoterapia;
- Aparelho/tina de parafangoterapia ou similar;
- Aparelho de crioterapia / *cold packs*.

Para realizar tratamentos de massoterapia e pressoterapia, são precisos (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 60):

- Aparelhos de vibromassagem (massagem mecânica);
- Mesas de massagem em cabine (boxe) individualizada;
- Aparelhos de pressões intermitentes podendo ser sequenciais com mangas para membro superior e inferior com variado número de camaras.

Para o tratamento com cinesioterapia, são mencionados (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 60):

- Tapetes de reeducação;
- Marquesas e plataformas de tratamento/colchão elevado de reeducação;
- Plano inclinado e/ou mesa de verticalização / *standingframe*;
- Conjunto de auxiliares de transferência e de marcha (andarilhos, muletas axilares, canadianas, tripés e outras bengalas);
- Barras paralelas;
- Cintos, Talas, Ortóteses/Próteses de Treino;
- Espelho quadriculado;
- Espaldar;
- Mangas pneumáticas para membros superiores e Inferiores de tipo Margareth Johnstone;
- Conjunto de almofadas em espuma de diferentes formas e volumes;
- Bolas de tipo Bobath;
- Bolas medicinais de vários tamanhos;
- Conjunto de tábuas para reeducação proprioceptiva;
- Tábuas/plataformas para treino de equilíbrio;
- Escadas e rampas;

- Conjunto de pesos de diversos tipos (halteres, sacos de areia).

Para mecanoterapia são necessários os seguintes equipamentos (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 61):

- Gaiola de Rocher com acessórios;
- Aparelho de tração vertebral;
- Bicicletas ergométricas;
- Pedaleira;
- Aparelhos de mobilização articular para membro superior e inferior;
- Aparelhos de fortalecimento muscular para membro superior, inferior e tronco;
- Tapete rolante;
- Aparelho de fortalecimento muscular isocinético (opcional);
- Aparelho de marcha em suspensoterapia (opcional).

A hidroterapia exige equipamentos como (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 61):

- Tina de hidromassagem para membro superior e inferior;
- Tanque de Hubbard (opcional);
- Manilúvios e pedilúvios para banhos de contraste;
- Tanque de marcha e/ou piscina terapêutica (opcional).

Qualquer hospital deve estar devidamente equipado para as terapêuticas que se propõe a realizar, principalmente a correta execução dos eventuais atos complementares de diagnóstico (Direção-Geral da Saúde e da Direção de Serviço de Planeamento, 2003, p. 62):

- Exame de marcha com registo gráfico;
- Exame muscular com registo gráfico;
- Raquimetria;
- Eletrodiagnóstico de estimulação;
- Eletromiografia;
- Ecotomografia das partes moles;
- Estudos urodinâmicos;
- Equipamento de estimulação e *biofeedback* para reeducação do pavimento pélvico;
- Provas funcionais respiratórias;
- Testes de psicomotricidade;
- Testes de avaliação do desenvolvimento;
- Testes de avaliação da linguagem;
- Matrizes de RAVEN;
- Pressões transcutâneas de oxigénio.

No que diz respeito às instalações, deve a valência de músculo-esquelética do serviço de fisioterapia deve ter um espaço físico próprio, que facilite o bem-estar e o conforto dos utentes e dos seus acompanhantes. Deve ainda haver dois gabinetes de consulta e ginásio de fisioterapia.

## **7.5. Equipa**

Quanto à equipa de trabalho, deve ser uma equipa multidisciplinar e por isso, deve integrar (4) fisioterapeuta, (4) auxiliares de ação médica e médicos. Sendo que deve haver um coordenador desta valência.

Os fisioterapeutas serão os principais responsáveis na abordagem dos pacientes que se apresentarem nesta valência, o seu trabalho será realizado em colaboração com outros profissionais caso haja necessidades.

Os médicos será o responsável pelo diagnóstico médico e outras alterações que possam eventualmente surgir que não sejam de competência do fisioterapeuta relacionada as alterações músculo esquelética e outras situações.

Os auxiliares de ações médicas serão responsáveis pela supervisão técnica, na prestação de cuidados de higiene e conforto aos pacientes; proceder ao acompanhamento e ao transporte de doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé dentro e fora do estabelecimento; Preparar e lavar o material dos serviços técnicos, Velar pela manutenção do material utilizado nos cuidados prestados aos doentes; Assegurar o serviço externo e interno de produtos de consumo corrente, necessários ao funcionamento dos serviços; Colaborar com os respetivos serviços na realização dos trâmites administrativos relacionados com as suas atividades; Proceder à limpeza das macas nos respetivos locais de trabalho; Assegurar a manutenção das condições de higiene nos respetivos locais de trabalho.

## 8. Conclusão

---

Terminada toda a investigação, pode dizer-se que foi uma experiência extremamente enriquecedora e pedagógica e deve dizer-se que este trabalho tinha como grande objetivo, apresentar uma proposta de implementação da valência de músculo-esquelética no serviço de fisioterapia do HGO, em Angola e foi o que aqui se apresentou.

Um dos objetivos específico foi proposto a elaboração de um diagnóstico das necessidades de fisioterapia e o outro, saber a opinião dos profissionais de saúde sobre aspetos a relacionados com fisioterapia e na Valência músculo esquelética no HGO, estão muitos relacionados o que foi concretizado através dos questionários respondidos pelos profissionais e a entrevista realizada à administradora do hospital.

O outro objetivo específico propôs a construção de uma proposta de implementação da valência músculo esquelética na área da fisioterapia apresentada no trabalho pois os resultados obtidos, tanto nos inquéritos por questionário distribuídos pelos profissionais de saúde do HGO, como na entrevista realizada à administradora do mesmo hospital, a implementação da valência de músculo-esquelética é uma mais-valia, é algo pioneiro naquele hospital sendo também uma das suas necessidades.

***À questão como funciona a instituição?***

Os dados fornecidos pelos recursos humanos do hospital nos revelam na verdade a organização do hospital indicados ao logo do desenvolvimento do trabalhos algumas questões do questionário relacionados a patologias mais frequentes, áreas de atuação, casos sem resposta hospitalares entres outras citações.

***À questão quais são as principais patologias mais frequentes que carecem de fisioterapia?***

No que diz respeito a esta questão a resposta dos profissionais refere com maior frequência, a neurologia e Ortro traumatologia, o que mostra o quão é importante a nossa proposta, visto que os serviços de fisioterapia são, em grande parte, frequentados por utentes que apresentam alterações físicas associadas a lesão, doenças ou distúrbios que incapacitam os mesmos, assim a valência musculo esquelética trará enormes benefícios para melhorar o tratamento dos pacientes.

***À Questão Qual a recetividade do hospital em criar uma valência músculo esquelética na área da fisioterapia?***

Sabendo as necessidades da área de fisioterapia em geral e a falta de conhecimento de alguns profissionais com relação a área de fisioterapia, verificasse a importância de melhorar o atendimento e prestação na área fisioterapia através da Valência músculo esquelética. Em uma das questões da entrevista com administradora foi respondida como uma área

abrangente e que trata de varias patologias, minimizando sequelas, o que irá proporcionar um atendimento especializado aos utentes, bem como irá permitir a diminuição do tempo de recuperação dos mesmos, diminuindo assim a estadia prolongada na instituição e proporcionando mais qualidade no atendimento no hospital, não havendo a necessidade de encaminhar os utentes para outros hospitais. Penso que, esta valência melhoraria sim, a assistência a saúde.

**À Questão** *A instituição dispõe de recursos humanos e materiais suficientes para a criação de uma valência músculos esquelética na área da fisioterapia?*

Essa questão tão foi respondida na entrevista que existe uma carência de recursos humanos e matérias, o que justifica que apenas uma fisioterapeuta e responsável para o atendimento dos pacientes. A necessidade de contratar mais fisioterapeuta para Valência assim dar melhor resposta na intervenção em músculo esquelética.

A recolha de informação junto dos profissionais de saúde e da administradora do hospital permitiu identificar as necessidades da área de fisioterapia do HGO, percebendo-se que a implementação de uma valência músculo-esquelética nesta área não só se trata de uma necessidade, como também vai beneficiar o próprio hospital, a comunidade de Angola, em particular, o Cunene. É perceptível que a administradora do HGO apoia e defende a implementação de uma valência músculo esquelética, chamando à atenção para as condições do HGO e para a necessidade de recursos humanos.

Além disso, caso esta valência seja implementada, não só vai contribuir para uma melhor e maior qualidade de serviço como também vai melhorar a própria assistência à saúde.

A proposta apresentada teve em conta a realidade que envolve o hospital, bem como as suas condições, além do serviço em que se enquadra e por isso, as técnicas, os equipamentos, a equipa e os seus objetivos procuraram ir de encontro a tudo isso.

Importa referir que a proposta não assume um carácter rígido e inflexível e portanto, está sujeita a eventuais alterações para uma verdadeira, adequada e efetiva implementação. Com esta, também se pretende que possa ser um ponto de partida ou servir de exemplo para futuros trabalhos de investigação, cumprindo um propósito de orientação.

## 9. Referências bibliográficas

---

- Albarello, L. *et al.* (1997). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Albuquerque, D. (2011). *As tecnologias da informação e comunicação e o professor de fisioterapia: interações para a construção de práticas pedagógicas*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Instituto de Educação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Alves, F. (2007). *Formação de fisioterapeutas face as múltiplas exigências de intervenção*. Monografia de licenciatura. Instituto superior privado Angola, Luanda.
- Augustine, E. (2000). "Papel Interdisciplinar do Fisioterapeuta". In O'nouny *et al.* (Eds.), *Segredos em Medicina Física e de Reabilitação*. Porto Alegre: ArtMed.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, F. (2003). *Autonomia profissional do Fisioterapeuta ao longo da história*. *FisioBrasil*, 59, 20-31.
- Bártolo, M. (2009). *Fisioterapia e Reabilitação em Portugal: O Financiamento como Fator Crítico do Desempenho*. Dissertação de Mestrado não publicada. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova, Lisboa.
- Batista, P. (2012). *Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Faculdade de Economia da Universidade, Algarve.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Bento, A. (2012). *Investigação quantitativa e qualitativa: Dicotomia ou complementaridade?* *Revista JA*, 64(VII), 40-43.
- Bickenbach, J. *et al.* (1999). *Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps*. *Social Science & Medicine*, 48, 1173-1187.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação, uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bury, T. (2003). "Community based rehabilitation and primary health care: implications for physical therapy". In *International Congress of the World Confederation for Physical Therapy*, 14. Barcelona: WCPT.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Castilho, R. (2006). *Fisioterapia e Saúde Mental: História da Fisioterapia*. Londrina: Psiquiatria Geral.
- Coelho, C. (2006). *Importância da comunicação no Exercício Profissional dos Fisioterapeutas: da formação às necessidades sentidas na prática*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.
- Coutinho, M. (2003). *Atitudes dos fisioterapeutas face aos padrões de prática em fisioterapia*. Dissertação de Provas Públicas para a Categoria de Professor-coordenador não publicada. Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Lisboa.
- David, E. (2014). *Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades de Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene – Angola*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento (2003). *Redes de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fernandes, E. (1999). *Estatística*. Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira, S. (2012). *Fisioterapia: Avaliação dos Ganhos de Utilidade*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Fontana, A. & Frey, J. (1994). Interviewing. The art of science. In N. Dezin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Gil, J. (1990). *Licenciatura em Fisioterapia – Introdução à Profissão*. Apontamentos da disciplina não publicados. Coimbra: Escola Superior de Tecnologias da Saúde.
- Girão, M. & Alves, S. (2013). Fisioterapia nos cuidados paliativos. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 35-41.
- Grilo, A. (2010). *Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade, Lisboa.
- Guerra, I. (2008). Ética e Fisioterapia. O Consentimento Informado. *7.º Congresso Nacional de Fisioterapeutas – A saúde pelas nossas mãos. Boletim Informativo*, 1, 4-7.
- Hulley, S. et al. (2008). *Delimitando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Júnior, L. & Reis, P. (2007). Cuidados paliativos no paciente idoso: O papel do fisioterapeuta no contexto multidisciplinar. *Fisioterapia em Movimento*, 20 (2), 127-135.

- Kay, E., Kilonzo, C. & Harris, M. (1994). Improving rehabilitation services in developing nations: the proposed role of physiotherapists. *Physiotherapy*, 80(2), 77-82.
- Kerssens, J., Sluijs, E., Verhaak, P., Knibbe, H. & Hermans, I. (1999). Educating patient educators: Enhancing instructional effectiveness in physical therapy for low back pain patients. *Patient Education and Counseling*, 37, 165-176.
- Kisner, C. & Colby, L. (2005). *Exercícios Terapêuticos. Fundamentos e Técnicas*. São Paulo: Editora Manole, Ltd.
- Langendoen, J. (2004). The patient-centredness of evidence-based practice. A case example to discuss the clinical application of the bio-psychosocial model. *Manual Therapy*, 9, 228-233.
- Lima, A. (2014). Bioética em Angola: Iniciativas e Desafios. In Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (Org.), *Bioética nos Países de Língua Oficial Portuguesa – Justiça e Solidariedade* (pp. 77-86). Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Lopes, A. (1994). *Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas: papel e mobilidades da formação contínua*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Nova, Lisboa.
- Lucas, R. (2005). *Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna*. *Conhecimento Interativo*, 1, 89-97.
- Mackey, K. & Sparlin, J. (2000). Experiences of older women with cancer receiving hospice care: Significance for physical therapy. *Journal of American Physical Therapy Association*, 80, 459-468.
- Minayo, M. (1989). *O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde*. 1989. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OMS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- O`Sullivan, S. & Schmitz, T. (2004). *Fisioterapia. Avaliação e tratamento*. São Paulo: Editora Manole, Ltda.
- Pinheiro, D. (2009). *Práticas de promoção da saúde no atendimento fisioterapêutico em uma instituição hospitalar de referência em Cardiologia*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade, São Paulo.
- Polit, D. & Hungler, D. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Porter, S. (2005). *Fisioterapia de Tidy*. Rio de Janeiro: Elsevier Ed.
- Queza, A. (2010). *Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade, Porto.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ragasson, C. et al. (2006). Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *Revista Olho Mágico*, 13(2), 1-8.
- Rebelatto, J. & Botomé, S. (1999). *Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma Ação Preventiva e Perspectivas Profissionais*. São Paulo: Manole.
- Rebello, P. (2008). *Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e a sua Relação com a Auto Eficácia percebida pelos Fisioterapeutas*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Rothstein, J. (1994). Disability and our identity. *Physical Therapy*, 74 (5), 375- 378
- Sanchez, E. (1984). *Histórico da Fisioterapia no Brasil e no Mundo*. São Paulo: Panamed.
- Shestack, R. (1979). *Fisioterapia prática*. São Paulo: Manole.
- Simões, C., Pinho, J., Cabral, M. & Veloso da Veiga, P. (2012). *Internacionalização do Setor da Saúde Nacional – Mercados em Análise: Angola*. Braga: Universidade do Minho e AICEP Portugal Global.
- Sousa Coutinho, M. (1998). Atitudes dos Fisioterapeutas Face ao Exercício e ao Ensino na Área de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Sousa, A. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Terrasêca, M. (1996). O Instrumento de Pesquisa: a entrevista. In *Referenciais Subjacentes à Estruturação das Práticas Docentes – Análise dos Discursos dos/as professores/as*. Porto: FPCEUP.
- Twible, R. & Henley, E. (2000). Preparing occupational therapists and physiotherapists for community based rehabilitation. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, Selected Readings in CBR Series 1: CBR in Transition*, 109-126.
- Vale, I. (2004). Algumas notas sobre Investigação Qualitativa em Educação Matemática, O Estudo de Caso. *Revista da Escola Superior de Educação*, 5, pp. 171-202.
- Verbrugge, L. & Jette A. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14.
- Williams, J. (1986). Physiotherapy is handling. *Physiotherapy*, 81, 120-126.
- WCPT (2011). *Description of physical therapy*. London: WCPT.
- WHO (1995). *Disability prevention and rehabilitation in primary health care: a guide for district health and rehabilitation managers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2001). *International classification of functioning, disability, and health*. Geneva: World Health Organization.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Zabalza, M. (1992). *Planificação e desenvolvimento curricular na escola*. Porto: Edições ASA.

## Referências Webgráficas

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho – Perturbações músculo-esqueléticas. Recuperado em Março 15, 2015 a partir de <https://osha.europa.eu/pt/topics/msds/index.html>
- Angola Formativa – Catálogo Angolano de Cursos Superiores. Recuperado em Março 18, 2015 a partir <http://www.angolaformativa.com/pt/centros/instituto-superior-de-angola/>.
- AMAD (2012). Lesões Músculo-esqueléticas. Recuperado em Março 22, 2015 a partir de <http://www.adop.pt/media/6618/Leso-es-musculo-esqueleticas-2.0-Fevereiro-2012.pdf>.
- AESST (2007). Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Recuperado em Março 20, a partir de <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/71>.
- APF (1995). Declaração de Princípios Éticos. Recuperado em fevereiro 19, 2015 a partir de [http://www.apfisiio.pt/Ficheiros/Principios\\_eticos.pdf](http://www.apfisiio.pt/Ficheiros/Principios_eticos.pdf).
- APF (2008). Normas de Boas Práticas para as Unidades de Fisioterapia. Recuperado fevereiro 19, 2015 a partir de <http://apfisiio.pt/PadroesPraticas/NormasUnidFisioterapia.pdf>.
- Instituto Nacional de Estatística Subcomissão de Difusão de Resultados (2014). Resultados preliminares recenseamento geral da população e habitação - 2014 Luanda. Disponível em [http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010\\_PHC/Angola/Angola%202014%20Census.pdf](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/Angola/Angola%202014%20Census.pdf).
- Guerra, I. (2010). Declaração de Contributo para o Plano Nacional de Saúde da APF Carta à Alta Comissária para a Saúde. Domingos de Rana: APF. Recuperado em Fevereiro 19, 2014 a partir de <http://www.apfisiio.pt/Ficheiros/PNS.pdf>.
- Maurício, C. (s/d). Como organizar um projeto investigação? Recuperado Janeiro 23, 2015 a partir de <http://menen.dh.iscte.pt/seditor/copi-v3.pdf>.
- Vide, A. (2004). Angola Hamset Project – Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Hospitalares em Angola – DRAFT 2. Disponível em: [http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/12/20/000012009\\_20041220095600/Rendered/PDF/E10410Medical0Waste011180401combined1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/12/20/000012009_20041220095600/Rendered/PDF/E10410Medical0Waste011180401combined1.pdf)
- WCPT (2007). Position Statement. Recuperado fevereiro 07, 2015 a partir de [http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT\\_Description\\_of\\_Physical\\_Therapy-Sep07-Rev\\_2.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Description_of_Physical_Therapy-Sep07-Rev_2.pdf).
- WHO (2011a). Angola: health profile. Recuperado em Março 22, 2015 a partir de <http://www.who.int/gho/countries/ago.pdf>.
- WHO (2011b). A Reabilitação. Recuperado em Março 22, 2015 a partir de [http://who.int/disabilities/world\\_report/2011/chapter4\\_por.pdf](http://who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4_por.pdf).
- USAID (2010). Avaliação do sistema de saúde em Angola. Recuperado em Janeiro 26, 2015 a partir de [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADX703.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADX703.pdf).

Welcome to Angola. Recuperado em março 18, 2015 a partir de [http://www.welcometoangola.co.ao/?it=province\\_more&co=231&tp=25#](http://www.welcometoangola.co.ao/?it=province_more&co=231&tp=25#).

## **Documentos normativos**

Aviso n.º 9448/2002 de 29 de agosto.

Constituição da República de Angola.

Decreto-lei n.º 45/817 de 15 de julho de 1964 de ultramar

Decreto-lei n.º 414/71 de 27 de setembro

Decreto-lei n.º 13/31 dezembro

Decreto-lei n.º 45/541 do ministério ultramar de 23 de janeiro de 1964

Decreto n.º 293 de 27 de dezembro de 1901.

Decreto-Lei n.º 13974 de 27 de junho de 1927.

Decreto-Lei n.º 28794 de 1 de julho de 1938.

Decreto-Lei n.º 371 de 10 de Setembro de 1982.

Decreto-Lei n.º 261/93 de 2 de julho de 1993.

Decreto-Lei n.º 280/97 de 15 de outubro de 1997.

Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro de 1999.

Portaria n.º 18.523 de 12 de junho de 1961.

Portaria 22.034 de 4 de junho de 1966.

Portaria n.º 256 –A/1986 de 28 de maio.

Portaria n.º 11/75 de janeiro

Portaria n.º 457/70 de 15 de setembro

Anexos I - Mapa de distribuição das províncias de Angola



Figura 1- Mapa de distribuição das províncias de Angola

Fonte: Retirado de [https://cc3413.files.wordpress.com/2010/09/mapa\\_angola.gif](https://cc3413.files.wordpress.com/2010/09/mapa_angola.gif).

## **Anexo II – Estimativa populacional e taxa de crescimento para o período de 1950 a 2050**

Tabela 1- Estimativa populacional e taxa de crescimento para o período de 1950 a 2050

<b>Ano</b>	<b>População (milhares)</b>	<b>Ano</b>	<b>População (milhares)</b>	<b>Período</b>	<b>Taxa de Crescimento (%)</b>
1950	4.118	1995	9.218	1950-1960	1,5
1960	4.797	1996	9.443	1960-1970	1,6
1970	5.606	1997	9.560	1970-1980	1,8
1980	6.736	1998	9.736	1980-1990	1,8
1990	8.049	1999	9.922	1990-2000	2,3
2000	10.132	2010	12.250	2000-2010	1,9
2001	10.342	2020	14.473	2010-2020	1,7
2002	10.554	2030	16.886	2020-2030	1,5
2003	10.766	2040	19.354	2030-2040	1,4
2004	10.979	2050	21.688	2040-2050	1,1

Fonte: Retirado de Vide (2004, p. 24).

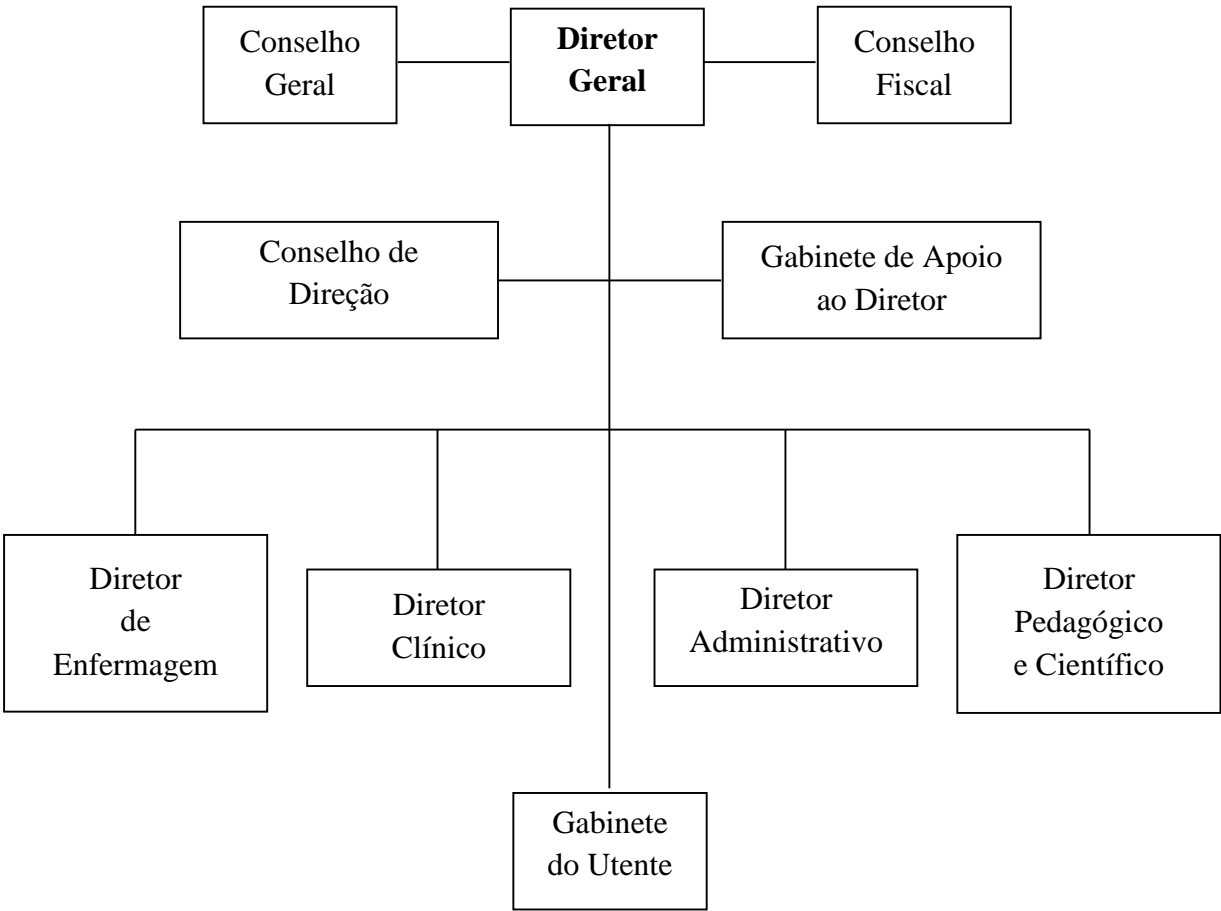
## ANEXOS III - Fronteiras da província do Cunene



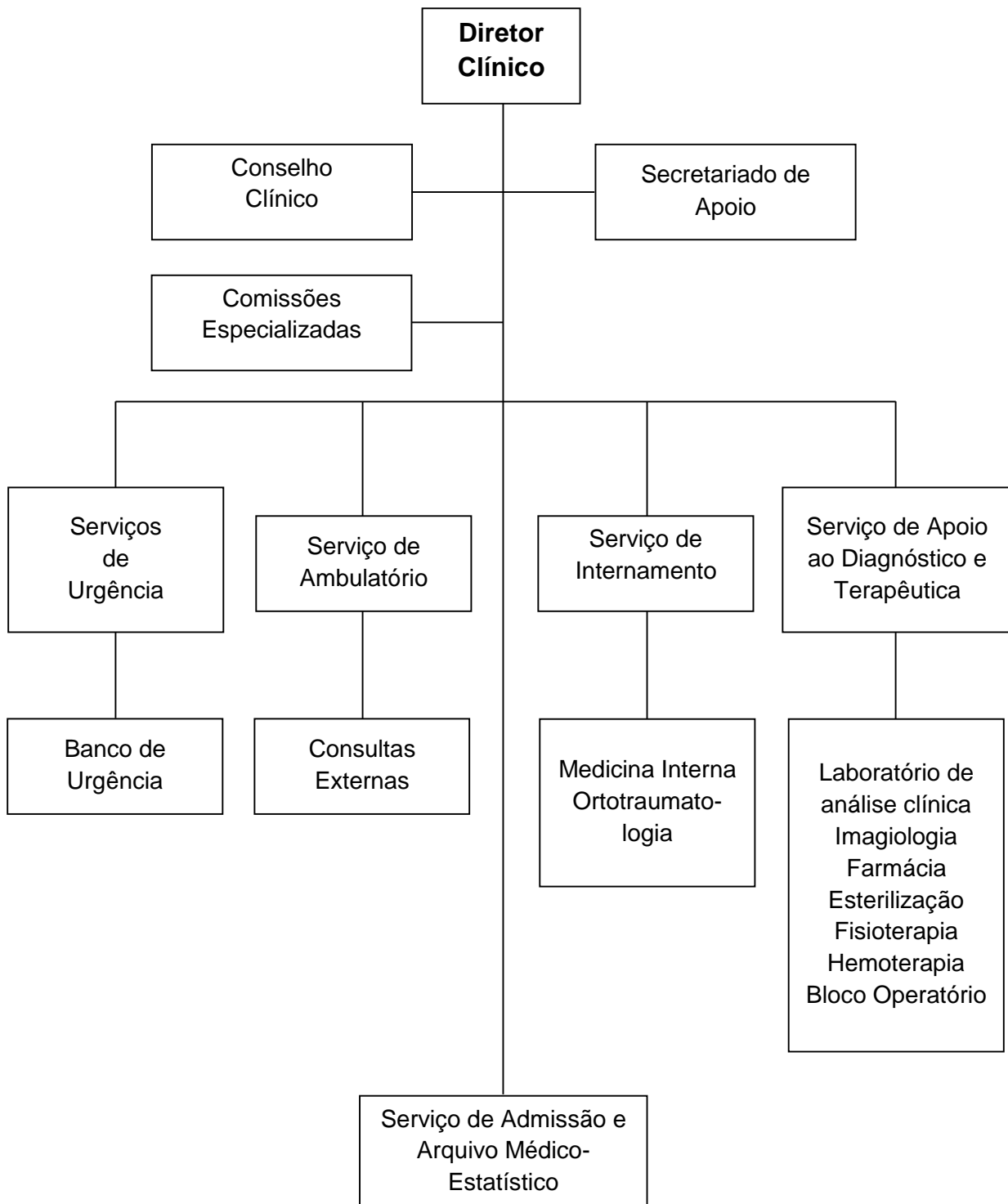
Figura 2 – Fronteiras da província do Cunene

Fonte: Retirado de <http://www.rcomercialangola.com.br/conhecaaangola.php>.

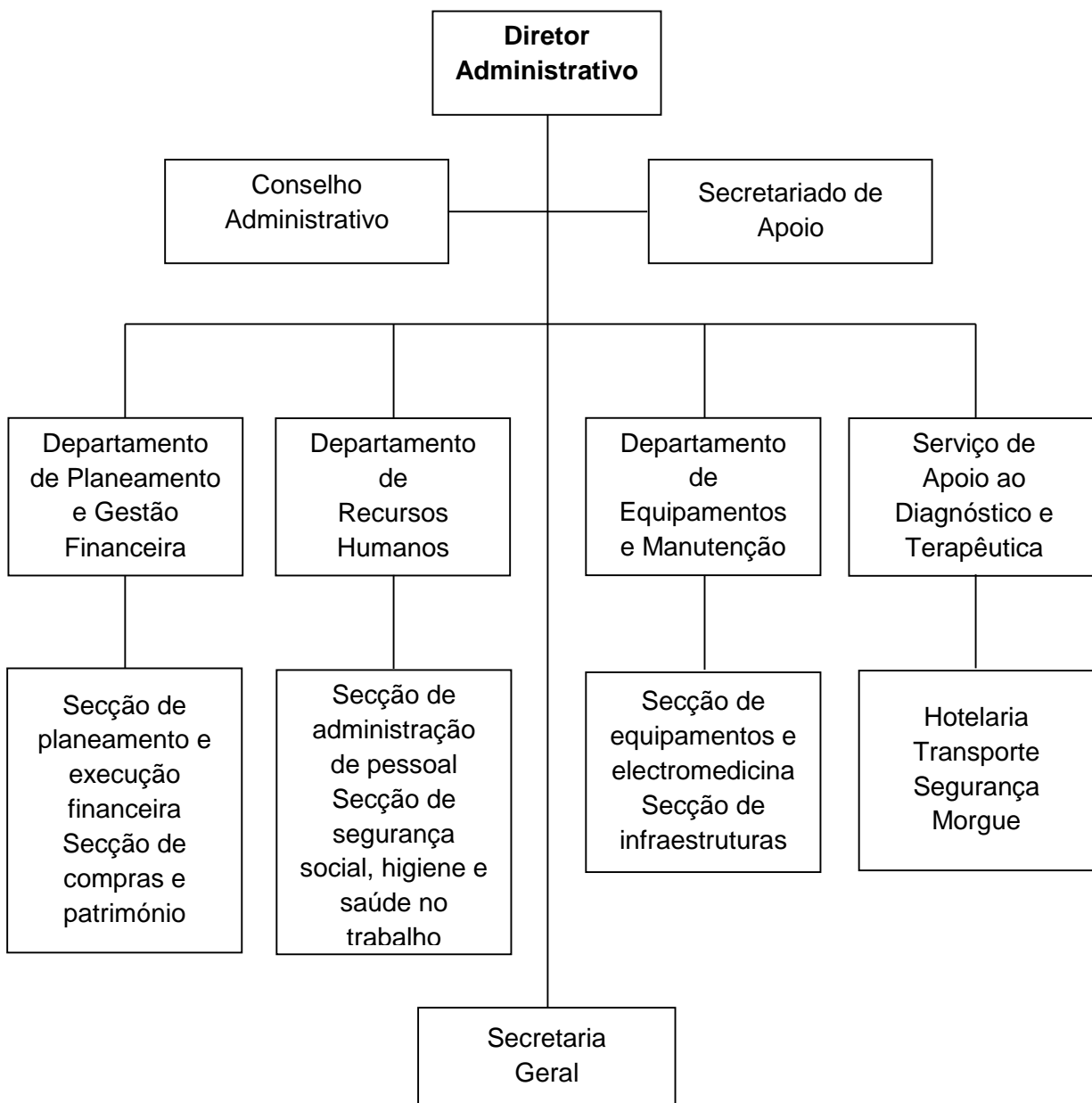
# Anexos IV- Organigrama da direção geral



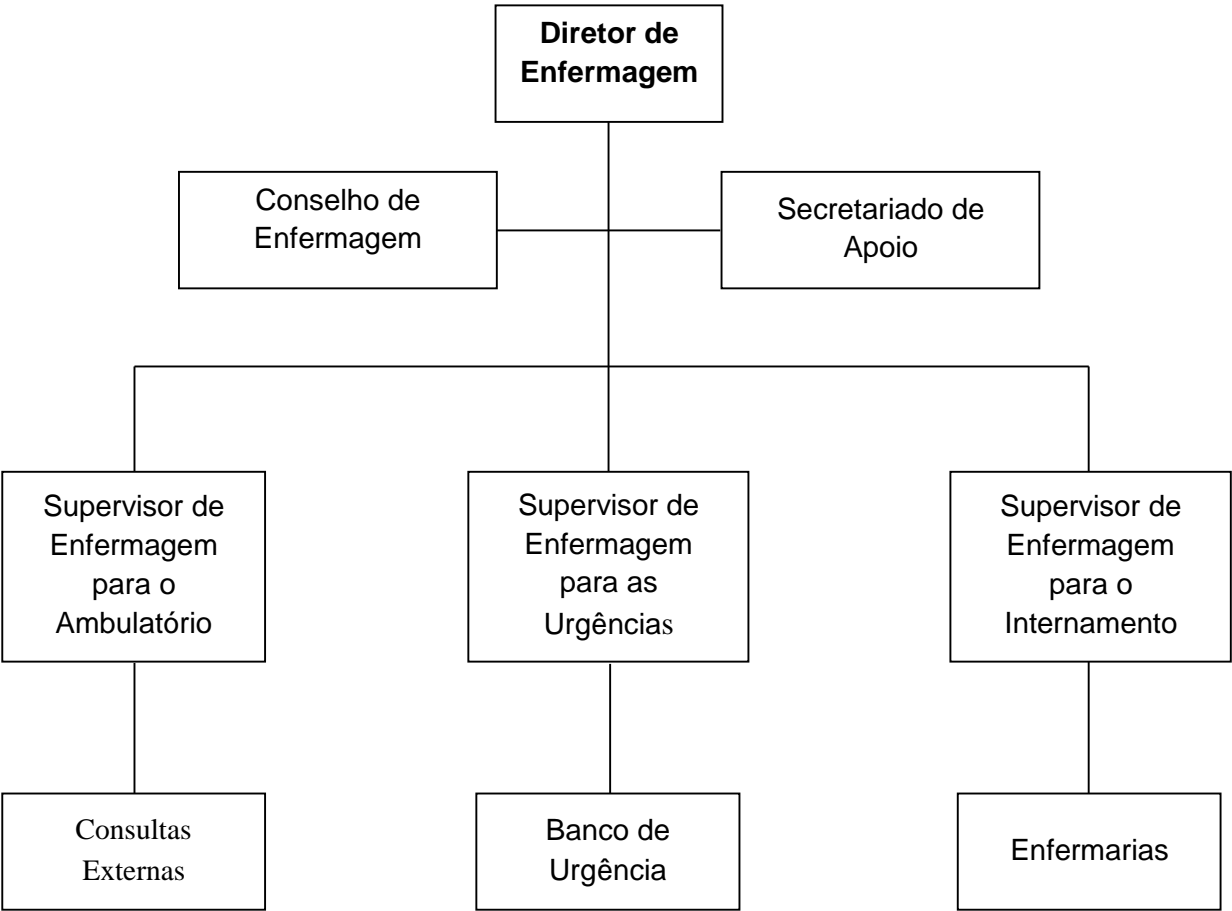
## Anexo V – Organigrama da direção clínica



## Anexo VI – Organigrama da direção administrativa



# Anexo VII – Organograma da direção de enfermagem



## Anexo VIII – Evolução das despesas públicas em saúde

Tabela 3 - Evolução das despesas públicas em saúde

Anos	Saúde - PIB	Despesa Pública
2004	1,8	4,8
2005	1,5	4,3
2006	2,0	4,9
2007	1,8	5,3
2008	1,8	4,7
2009	2,5	5,1
2011 (Orçamentado)	-	5,0

Fonte: Retirado de Simões *et al.* (2012, p. 11).

## Anexos IX – Novidades, desde 2005, no financiamento da saúde

tabela 4 – Novidades, desde 2005, no financiamento da saúde

<b>2005 (2000-2005)</b>	<b>2010 (2003-2010)</b>
Recursos públicos limitados para cuidados primários (25% do gasto total com saúde pública em 2002)	Dispêndio público no atendimento primário cresceu 415% alcançando 33% do total de gastos públicos em saúde (2005)
Execução orçamental 70-80% (2002-02)	Execução orçamental 62-75% (2003-05)
Investimentos em infraestrutura sem qualquer critério (2005)	Investimentos em infraestrutura orientados por “mapas sanitários” detalhados de 11 províncias (2008-2010)
Dispêndio do Governo com saúde é somente 4-6% do gasto total (2000-2002)	Governo despendeu em saúde somente 4.7% do total de gastos (2003-06)
Províncias administram orçamentos das despesas operacionais no nível de cuidados primários (2005)	Transição da gestão orçamental das despesas operacionais com cuidados primários para níveis municipais (2008-10)
Pacientes pagam taxa de uso em algumas das unidades de cuidado primário (2005)	Eliminado o pagamento da taxa de uso em unidades de cuidados primários (2008)
Nenhum plano de seguro-saúde público ou privado (2005)	Surgimento de planos seguro-saúdes privados (2009)

Fonte: Retirado de USAID (2010, p. 25).

## Anexos X - Distribuição de unidades de saúde

Províncias	Total de Unidades		Hospitais						Centros de Saúde			Postos de Saúde			Habitantes por Unidade
	F	NF	Nacionais			Provinciais			F	NF	Total	F	NF	Total	
			F	NF	Total	F	NF	Total							
Bengo	37	59	0	0	0	5	1	6	2	1	3	30	57	87	6.135
Benguela	100	2	0	0	0	10	0	10	25	0	25	65	2	67	8.580
Bié	46	0	0	0	0	4	0	4	7	0	7	35	0	35	33.261
Cabinda	94	26	0	0	0	4	0	4	11	0	11	79	26	105	2.532
Huambo	87	87	0	0	0	7	1	8	36	0	36	44	86	130	23.770
Huíla	126	169	0	0	0	6	0	6	21	3	24	99	166	265	9.048
Quando Cubango	27	6	0	0	0	8	3	11	4	0	4	15	3	18	6.148
Kwanza Norte	41	0	0	0	0	2	0	2	12	0	12	27	0	27	12.829
Kwanza Sul	131	68	0	0	0	5	4	9	18	4	22	108	60	168	6.481
Cunene	62	0	0	0	0	2	0	2	8	0	8	52	0	52	4.919
Luanda	59	0	8	0	8	4	0	4	34	11	34	13	0	13	40.966
Luanda Norte	22	38	0	0	0	5	0	5	5	10	15	12	28	40	17.409
Luanda Sul	38	57	0	0	0	3	0	3	3	0	3	32	57	89	5.184
Malange	78	51	0	0	0	10	1	11	18	2	20	50	48	98	15.628
Moxico	164	117	0	0	0	5	1	6	14	0	14	145	116	261	2.622
Namibe	41	0	0	0	0	2	0	2	6	0	6	33	0	33	4.488
Uíge	79	150	0	0	0	5	1	6	19	8	27	55	141	196	14.899
Zaire	42	0	0	0	0	4	0	4	6	0	6	32	0	32	7.452
Total	1.274	830	8	0	8	91	12	103	249	28	277	926	790	1.716	11.167

Fonte: Retirado de Vide (2004, p. 31).

## Anexo XI – Questionário aplicado aos profissionais de saúde

Proposta de implementação na valência de músculo-esquelética no HGO na área de fisioterapia.

O presente questionário anónimo visa verificar alguns aspectos importantes para construção do projeto como proposta de implementação de um serviço de fisioterapia na valência de músculo-esquelética do hospital. O questionário é composto por 20 questões.

1. Género: ( ) F ( ) M

Idade:\_\_\_\_\_ Tempo de experiência profissional:\_\_\_\_\_ (Meses/Anos - riscar o que não interessa)

2. Profissão:

( ) Médico clínico geral ( ) Enfermeiro licenciado

( ) Enfermeiro técnico Médio ( ) Fisioterapeuta

3. Quais as principais patologias que hospital recebe?

---

---

---

---

---

4. Patologias/áreas que HGO não consegue dar ou da pouca resposta hospitalar?

---

---

---

---

---

5. Neste hospital existem as seguintes áreas de intervenção assinale com x se sim:

( ) Pediatria ( ) Neurologia ( ) Reumatologia ( ) Ginecologia e obstetrícia

( ) Cardiorrespiratória ( ) Traumatologia-ortopedia ( ) Oncologia

( ) Dermatologia.

6. Quais destas áreas é predominante quando o fluxograma de casos no hospital?

---

---

---

---

---

7. Para onde são encaminhados os pacientes em o hospital não consegue dar assistência?

---

---

---

---

---

8. Existe uma procura de pacientes vindos de outros hospitais?

( ) Sim ( ) Não. Quais Hospitais? \_\_\_\_\_

---

---

9. Há o conhecimento sobre a importância da Fisioterapia na assistência à saúde?

( ) sim ( ) não

10. Tem alguns conhecimentos sobre as áreas de atuação em fisioterapia?

( ) Sim ( ) Não. Se sim, quais são? \_\_\_\_\_

---

---

---

11. Há fluxo elevado de pacientes que procuram cuidados de fisioterapia no HGO ?

( ) sim ( ) não

12. Quais as principais patologias têm carecido de intervenção fisioterapêutica?

---

---

---

---

---

13. Tem conhecimento sobre a existem serviços de fisioterapia no hospital?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, estão estruturados? Sim ( ) Não ( )

14. Já recomendou ou já viu a uma recomendação em paciente do hospital fazer fisioterapia?

( ) sim ( ) Não

15. Com que frequência vê recomendar ou recomenda os pacientes aos serviços de fisioterapia?

Quase Nunca ( ) poucas vezes ( ) muitas vezes ( )

a. Qual o motivo?

( ) Prevenção ( ) Tratamento ( ) Urgência

16. Para onde são encaminhamento os pacientes com casos que necessitam de fisioterapia em HGO não consegue dar assistência.

---

---

---

---

---

17. Nesta unidade são atendidos vítimas de acidentes (automobilísticos, domésticos, arma de fogo, etc)?

( ) Sim ( ) Não

a. Quais as principais? \_\_\_\_\_

18. Recebem neste hospital alguns pacientes com sequelas de doenças neurológicas?

Sim

Não

19. A fisioterapia pode diminuir este tempo de internamento?

Sim

Não

20. Na sua opinião, a existência de uma valência músculo esquelética, melhoraria a assistência à saúde?

Sim

Não

Obrigada pelo tempo dispensado. A sua colaboração é de muita importância.

## **Anexo XII – Guião da entrevista realizada à Administradora do HGO**

1. À luz das especialidades médicas existentes no HGO, considera haver uma distribuição desajustada dos profissionais de saúde? Por exemplo, há alguma especialidade que disponha de recursos humanos a mais em relação a outras, que até possam necessitar de mais profissionais de saúde? Se sim Especifique.
2. Quais são as principais áreas de intervenção do hospital e as patologias mais frequentes?
3. Quais são as valências/áreas de especialidades da fisioterapia disponibilizados? E estão estes estruturados e devidamente organizados?
4. Quais as maiores carências da área de fisioterapia?
5. Quais as vantagens, para o HGO, em dispor de uma valência músculo-esquelética na ara de fisioterapia? Acha que melhoraria a assistência à saúde?
6. Quais as dificuldades que, na sua opinião, surgiriam na implementação da valência músculo esquelética na ara da fisioterapia? A direção do hospital já equacionou esta hipótese ou já foi sugerida por algum profissional de saúde, em particular, fisioterapeutas?
7. Existe algum espaço neste hospital, que poderia ser destinado a valência músculo esquelética?
8. Alguma sugestão para a implementação de uma valência músculo esquelética na fisioterapia?

Tabela 8 – Categorias de análise da entrevista

Categorias de Análise	Perguntas	Objetivos
Especialidades Médicas	<p>1. À luz das especialidades médicas existentes no HGO, considera haver uma distribuição desajustada dos profissionais de saúde? Por exemplo, há alguma especialidade que disponha de recursos humanos a mais em relação a outras, que até possam necessitar de mais profissionais de saúde? Se sim Especifique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as especialidades médicas do HGO;</li> <li>• Perceber qual a distribuição dos profissionais de saúde na respectiva especialidade e se esta distribuição é ou não ajustada mediante as necessidades do HGO.</li> </ul>
	<p>2. Quais são as principais áreas de intervenção do hospital e as patologias mais frequentes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as áreas de intervenção e patologias mais frequentes do HGO;</li> </ul>
Fisioterapia	<p>3. Quais são as valências/áreas de especialidades da fisioterapia disponibilizados? E estão estes estruturados e devidamente organizados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer as áreas de fisioterapia;</li> <li>• Saber estas áreas estão devidamente estruturadas.</li> <li>• Saber qual a afluência nas respectivas áreas de fisioterapia.</li> </ul>
	<p>4. Quais as maiores carências da área de fisioterapia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir as carências desta área.</li> </ul>
Fisioterapia Músculo-esquelética	<p>5. Quais as vantagens, para o HGO, em dispor de uma valência músculo esquelética na área fisioterapia? Acha que melhoraria a assistência à saúde?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber se existem serviços de fisioterapia na valência de músculo-esquelética;</li> <li>• Reconhecer as vantagens em se implementar serviços de fisioterapia nesta valência;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir a importância e a necessidade de existirem este tipo de valência.</li> </ul>
	6. Quais as dificuldades que, na sua opinião, surgiriam na implementação de uma valência de fisioterapia músculo esquelética? A direção do hospital já equacionou esta hipótese ou já foi sugerida por algum profissional de saúde, em particular, fisioterapeutas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar possíveis dificuldades que podem surgir na implementação deste tipo de serviços;</li> <li>• Saber se o HGO já teve intenção de implementar esta valência.</li> </ul>
	7. Existe algum espaço neste hospital, que poderia ser destinado a valência de fisioterapia músculo esquelética?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir a disponibilidade espacial do HGO.</li> </ul>
	8. Alguma sugestão para a implementação da valência da fisioterapia músculo esquelética?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir sugestões para a implementação da valência músculo esquelética.</li> </ul>

### Consentimento informado escrito

A presente investigação realizado pela Mestranda, Madalena Esperança Ndesipewa Kasinaso e orientada pela Professor Mestre Pedro Rebelo no âmbito do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Lisboa, pretendo construir um projeto como proposta de implementação de serviços de fisioterapia na valência músculo esquelética no hospital do Ondjiva/Cunene A sua participação é fundamental, garantindo-se o seu anonimato.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu \_\_\_\_\_ tomei

conhecimento do objetivo da investigação e do que tenho de fazer para participar no estudo.

Fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importante e as perguntas que coloquei foram respondidas.

Assim declaro que aceito participar na investigação.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Assinatura \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## Anexo XIII – Respostas da entrevista realizada à administradora do HGO.

Tabela 9 – Resultados da entrevista

<b>Categoria de Análise: Especialidades Médicas</b>	
<b>Pergunta</b>	<b>Resposta</b>
1. À luz das especialidades médicas existentes no HGO, considera haver uma distribuição desajustada dos profissionais de saúde? Por exemplo, há alguma especialidade que disponha de recursos humanos a mais em relação a outras, que até possam necessitar de mais profissionais de saúde? Se sim Especifique.	<i>“No HGO todas as especialidades necessitam de mais profissionais de saúde”.</i>
2. Quais são as patologias mais frequentes no HGO?	<i>“As patologias mais frequentes do hospital são doenças respiratórias agudas, hipertensão arterial, doenças diarreicas agudas, tuberculose, malária, diabetes, politraumatizados e VIH”.</i>
<b>Categoria de Análise: Fisioterapia</b>	
<b>Pergunta</b>	<b>Resposta</b>
3. Quais são as valências/áreas de especialidades da fisioterapia disponibilizados? E estão estes estruturados e devidamente organizados?	<i>“O serviço de fisioterapia, no HGO, encontra-se numa fase inicial, e ainda não temos distribuídas áreas de especialidade de fisioterapia. Estamos numa fase inicial e o serviço de fisioterapia não se encontra devidamente estruturados e organização”.</i>
4. Quais as maiores carências do serviço de fisioterapia?	<i>“Falta de profissionais formados na área, visto que temos muitos utentes”.</i>
<b>Categoria de Análise: Fisioterapia Músculo esquelética</b>	
<b>Pergunta</b>	<b>Resposta</b>
5. Quais as vantagens, para o HGO, em dispor uma valência músculo esquelética na área de fisioterapia? Acha que melhoraria a assistência à saúde?	<i>“É uma área abrangente e trata de varias patologias, minimizará sequelas proporcionará um atendimento especializado dos utentes, acelera o tempo de recuperação do utente diminuindo assim a estadia prolongada na instituição, proporcionando mais qualidade no atendimento para o hospital e não haveria necessidade de encaminhar os utentes para outros hospital, Acho que esta valência melhoraria sim, a assistência a saúde”.</i>
6. Quais as dificuldades que, na sua opinião, surgiriam na implementação de	<i>“Pequenas dificuldades sempre existem, mais acho que esse serviço é de extrema</i>

<p>uma valência fisioterapia músculo esquelética? A direção do hospital já equacionou esta hipótese ou já foi sugerida por algum profissional de saúde, em particular, fisioterapeutas?</p>	<p><i>relevância e precisamos muito dessa área específica, temos muitos utentes. Não foi sugerida a ideia, acho esta proposta pioneira”.</i></p>
<p>7. Existe algum espaço neste hospital, que poderia ser destinado a valência de fisioterapia músculo-esquelética?</p>	<p><i>“Sim, existe”. Onde já funciona os serviços em fisioterapia.</i></p>
<p>8. Alguma sugestão para a implementação de uma valência de fisioterapia músculo esquelética?</p>	<p><i>“Ter em consideração as condições que o HGO oferece. Precisamos de mais recursos humanos, e matérias espero que esta proposta traga benefícios para a organização geral do hospital”.</i></p>

# Anexos XIV- Ofício da Estesl.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



PARQUE DAS NAÇÕES

Exmo. Senhor  
Dr. Eleutério Hivilikwa  
Diretor Provincial da Saúde na  
Província do Cunene/Angola  
Direção Provincial de Saúde do Cunene  
Bairro dos Castilhos  
Rua Agostinho Neto

VOSSA REFª:

22.SET 14 01299 ~

NOSSA REFª:

**ASSUNTO: Colaboração Pedagógica no âmbito do Curso de Mestrado em Fisioterapia**

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) do Instituto Politécnico de Lisboa (IPL) desenvolve cursos de licenciatura e cursos de mestrado no âmbito das ciências e tecnologias da saúde, entre os quais o Curso de Mestrado em Fisioterapia.

Do plano de estudos do Curso faz parte integrante a Unidade Curricular Estágio / Projeto, que tem como finalidade desenvolver competências, capacidades e conhecimentos em termos de áreas específicas de intervenção bem como no âmbito da investigação:

No âmbito dos cursos de mestrado, os estudantes podem optar e realizar, para concluir os mesmos, um estágio de natureza profissional, um projeto ou uma dissertação. Sendo o projeto considerado um protocolo de estudo original que possa resultar numa investigação científica ou a implementação sustentada de um modelo, método ou uma tecnologia/técnica inovadora na área da especialização do curso, com vista à resolução de um problema.

Nesse sentido, vimos solicitar a V. Exª. se digne a autorizar na Instituição que superiormente dirige, o apoio ao estudo/projeto intitulado “**Proposta de implementação de um serviço de Fisioterapia no Hospital do Cunene / Angola**”, da autoria da estudante/mestranda Madalena Esperança Ndesipewa Kasinaso, e cuja Diretora do Curso de Mestrado é a Prof. Coordenadora Isabel Coutinho(isabel.coutinho@estesl.ipl.pt), a qual se disponibiliza para qualquer esclarecimento.

Agradecendo uma vez mais a atenção dispensada a este assunto, aproveito para endereçar os melhores cumprimentos, *e t e r a s o a m*

O PRESIDENTE DA ESTeSL

*João Lobato*  
Prof. Coordenador João Lobato

IC/mt