

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

DOTAÇÃO EFETIVA E EFICAZ NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
FISIOTERAPIA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR. UMA FERRAMENTA
PARA A QUALIDADE, SEGURANÇA E GESTÃO.

Vítor Carlos Namorado da Cunha Henriques

Orientadores

Professora Doutora Ana Paula de Almeida Fontes

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve

Mestre Pedro Filipe Lopes Prazeres Fidalgo

Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE – Hospital de Faro

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde

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

Faro, 2025

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**DOTAÇÃO EFETIVA E EFICAZ NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
FISIOTERAPIA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR. UMA FERRAMENTA
PARA A QUALIDADE, SEGURANÇA E GESTÃO.**

Vítor Carlos Namorado da Cunha Henriques

Orientadores

Professora Doutora Ana Paula de Almeida Fontes

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve

Mestre Pedro Filipe Lopes Prazeres Fidalgo

Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE – Hospital de Faro

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve

Júri

Presidente: Professor Doutor Rui Plácido Raposo

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve

Arguente: Professora Doutora Anabela Correia Martins

Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde

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

Faro, 2025

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, o Instituto Politécnico de Lisboa e a Universidade do Algarve – Escola Superior de Saúde, têm o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação de mestrado, através de exemplares impressos ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, e de a divulgar através de repositórios científicos e admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e que tal não viole nenhuma restrição imposta por artigos publicados que nela tenham sido incluídos.

Agradecimentos

À minha família pela atenção que demonstraram e pelo espírito curioso que me inculcaram desde a infância.

Ao Alexandre pela sua paciência inabalável nos momentos de tormenta.

À Professora Doutora Ana Paula de Almeida Fontes pela orientação, confiança e motivação durante a realização deste trabalho.

Ao Mestre Pedro Filipe Lopes Prazeres Fidalgo pelo apoio e disponibilidade.

A todos os Fisioterapeutas Coordenadores que prontamente aceitaram colaborar com a distribuição do questionário.

A todos os Fisioterapeutas que colaboraram respondendo ao questionário, a quem dedico este trabalho e sem os quais não seria possível a realização do mesmo.

Resumo

Os recursos humanos em saúde são considerados os mais importantes, escassos e dispendiosos. São essenciais para a promoção da qualidade de cuidados de saúde e segurança dos doentes. A Fisioterapia é um serviço prestado a indivíduos e populações com vista a desenvolver, manter e restaurar a sua funcionalidade, sendo a terceira maior profissão de cuidados de saúde na Europa e em Portugal, embora exista uma grande discrepância entre os dois.

O presente estudo debruça-se sobre a Dotação Efetiva e Eficaz na Prestação de Cuidados de Fisioterapia em Internamento Hospitalar tendo como principal objetivo apresentar a metodologia Workload Indicators of Staffing Need (WISN) e sugerir valores para as suas variáveis. Como objetivos específicos pretende-se explicar a metodologia WISN e a sua operacionalização, conhecer o tempo médio de execução de uma sessão de tratamento nas principais áreas funcionais da Fisioterapia bem como o tempo para as atividades de apoio e adicionais dos Fisioterapeutas. O estudo é observacional, do tipo analítico e transversal e o método de amostragem foi não probabilístico. A metodologia utilizada foi um inquérito aos Fisioterapeutas que prestam cuidados em internamento hospitalar e a posterior análise estatística descritiva e inferencial das respostas. Os resultados obtidos constituem os valores sugeridos para o uso do método WISN, podendo ser adaptados à unidade de internamento. Conclui-se que o método WISN é adaptável à Fisioterapia permitindo calcular a dotação destes profissionais de forma a promover Qualidade dos cuidados, a Segurança dos doentes e auxiliar a Gestão.

Palavras-chave: Fisioterapia, recursos humanos, WISN, gestão, qualidade

Abstract

Human resources in health are considered the most important, scarce and expensive. They are essential for promoting the quality of health care and safety of users. Physiotherapy is a service provided to individuals and populations with the aim of developing, maintaining and restoring their functionality, being the third largest healthcare profession in Europe and Portugal, although there is a large discrepancy between the two.

The present study focuses on the Effective and Efficient Allocation in the Provision of Physiotherapy Care in Hospital Admissions, with the main objective of presenting the WISN methodology and suggesting values for its variables. As specific objectives, we intend to explain the Workload Indicators of Staffing Need (WISN) methodology and its operationalization, to know the average execution time of a treatment session in the main functional areas of Physiotherapy as well as the time for support and additional activities of Physiotherapists. The study is observational, analytical and cross-sectional and the sampling method was non-probabilistic. The methodology used was a survey of physiotherapists who provide hospital care and subsequent descriptive and inferential statistical analysis of the responses. The results obtained constitute the suggested values for using the WISN method and can be adapted to the inpatient unit. It is concluded that the WISN method is adaptable to Physiotherapy, allowing the calculation of the staffing of these professionals in order to promote Quality of care, User Safety and assist Management

Keywords: Physiotherapy, human resources, WISN, management, quality

Índice Geral

<i>Agradecimentos</i>	<i>III</i>
<i>Resumo</i>	<i>V</i>
<i>Abstract</i>	<i>VII</i>
1 INTRODUÇÃO	1
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1 A Importância dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde	3
2.2 A Gestão dos Recursos Humanos em Serviços de Saúde	4
2.2.1 Complexidade das Tarefas	6
2.2.2 A Gestão do Tempo.....	9
2.2.3 O Método Workload Indicators of Staffing Needs (WISN)	9
2.2.3.1 Aplicação do método WISN	11
2.3 Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde	17
2.3.1 Qualidade e Segurança em Fisioterapia	19
2.4 Objetivos	21
3 METODOLOGIA	23
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Meio do estudo	23
3.3 População-alvo e amostra	23
3.4 Metodologia de Recolha dos Dados	23
3.5 Desenho do estudo	24
3.6 Considerações Éticas e Legais	25
3.7 Análise estatística	25
3.8 Limitações do estudo	26
4 RESULTADOS	27
4.1 Caracterização da amostra	27
4.1 Tratamento estatístico dos dados para aplicação no WISN	30
5 Operacionalização do Método WISN	37
5.1 Operacionalização com o Software WISN.....	41
6 DISCUSSÃO	47
7 CONCLUSÕES	53
8 BIBLIOGRAFIA	55
<i>Anexos</i>	<i>69</i>
<i>Apêndices</i>	<i>75</i>

Índice de Tabelas e Quadros

QUADRO 2.1 - CONCEITOS WISN EM LÍNGUA INGLESA, PORTUGUESA E RESPETIVAS SIGLAS.....	16
QUADRO 3.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS DOMÍNIOS E VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO	24
TABELA 4.1 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POR DISTRITO.....	27
TABELA 4.2 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POR UNIDADE DE INTERNAMENTO	28
TABELA 4.3 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DE RESPOSTAS POR ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CADA UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	29
TABELA 4.4 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DE TAREFAS RELATIVAS AOS PADRÕES DE AJUSTE INDIVIDUAIS	30
TABELA 4.5 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA E COMPARATIVA DOS TEMPOS DE SESSÃO EM MINUTOS POR ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	31
TABELA 4.6 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA E COMPARATIVA DOS TEMPOS DE SESSÃO EM MINUTOS POR ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM PEDIATRIA	33
TABELA 4.7 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA E COMPARATIVA DOS TEMPOS PARA CONSULTA DE PROCESSOS E VISITAS MÉDICAS POR ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	34
TABELA 4.8 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA E COMPARATIVA DOS TEMPOS PARA REGISTOS E ESTATÍSTICA POR ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	35
TABELA 4.9 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS TEMPOS PARA FORMAÇÃO INTERNA, TAREFAS DE GESTÃO, GRUPOS DE TRABALHO E TEMPO EXCLUSIVO PARA ESTAGIÁRIOS.....	35
QUADRO 5.1 - VALORES SUGERIDOS PARA A FERRAMENTA WISN E AS SUAS FONTES.....	37
QUADRO 5.2 - GRAU DE PRATICABILIDADE E POTENCIAIS DIFICULDADES NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE CADA ETAPA TÉCNICA DO WISN.....	40
QUADRO 5.3 - QUADRO DE CÁLCULOS WISN COM EXEMPLOS DE COMPONENTES DE CARGA DE TRABALHO	41

Índice de Figuras

DIAGRAMA 4.1 - TEMPO DE SESSÃO CARDIORRESPIRATÓRIA (EM MINUTOS) POR UNIDADE DE INTERNAMENTO	31
DIAGRAMA 4.2 - TEMPO DE SESSÃO NEUROLÓGICA (EM MINUTOS) POR UNIDADE DE INTERNAMENTO	32
DIAGRAMA 4.3 - TEMPO DE SESSÃO ORTO TRAUMATOLÓGICA (EM MINUTOS) POR UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	33
FIGURA 5.1 - DEFINIÇÃO DO TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE NO SOFTWARE WISN	42
FIGURA 5.2 - DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE TRABALHO DISPONÍVEL NO SOFTWARE WISN	43
FIGURA 5.3 - ATRIBUIÇÃO DOS PADRÕES DE ATIVIDADE NO SOFTWARE WISN.....	43
FIGURA 5.4 - FATORES DE AJUSTE DE CATEGORIA NO SOFTWARE WISN.....	43
FIGURA 5.5 - FATORES DE AJUSTE INDIVIDUAIS NO SOFTWARE WISN.....	44
FIGURA 5.6 - NÚMERO TOTAL PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS	44
FIGURA 5.7 - COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE PROFISSIONAIS EXISTENTE E O NÚMERO DE PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS. A SUA DIFERENÇA E O RÁCIO WISN.....	44
FIGURA 5.8 - EXEMPLO DE RELATÓRIO OBTIDO COM O SOFTWARE WISN RESPEITANTE A UMA UNIDADE DE INTERNAMENTO.....	45

Lista de Siglas e Abreviaturas

APTA	American Physical Therapy Association
CTA	Carga Trabalho Anual
CTP	Carga de Trabalho Padrão
FAC	Fator de Ajuste de Categoria
FAI	Fator de Ajuste Individual
NPCCT	Número de Profissionais por Componente da Carga de Trabalho
NPE	Número de Profissionais Existente
NTPN	Número Total de Profissionais Necessários
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Padrão de Atividade
PAC	Padrão de Ajuste de Categoria
PAI	Padrão de Ajuste Individual
PT	Pressão de Trabalho
TPAS	Total de Profissionais para Atividades de Saúde
TT	Taxa de Trabalho
TTD	Tempo de Trabalho Disponível
WISN	Workload Indicators of Staffing Needs

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é um serviço prestado por Fisioterapeutas a indivíduos e populações para desenvolver, manter e restaurar a funcionalidade (World Confederation for Physical Therapy, 2019), sendo a terceira maior profissão prestadora de cuidados de saúde na Europa e em Portugal (APF, 2017). Os últimos dados disponíveis na PORDATA indicam que Portugal tem 14,2 Fisioterapeutas por 100 mil habitantes enquanto a média europeia é de 126,2 (PORDATA - Fisioterapeutas Por 100 Mil Habitantes, 2018). Nos hospitais, o Fisioterapeuta intervém ativamente, integrando equipas multidisciplinares, contribuindo, ao nível de cuidados específicos e diferenciados, para acelerar os processos de recuperação. A sua ausência das equipas de internamento hospitalar diminui indicadores de qualidade como a acessibilidade. (APF, 2017) A reabilitação também pode abreviar a alta hospitalar e prevenir a readmissão com benefícios económicos consideráveis, reconhecidos em análises de longo prazo (Silow-Carroll et al., 2005)(Bachmann & Bosch, 2010).

É necessário considerar que existe um perfil epidemiológico e estrutura populacional em evolução, observando-se um aumento na prevalência de doenças não transmissíveis e nos cuidados de longo prazo nos sistemas de saúde, havendo um crescente reconhecimento de que os profissionais de saúde podem servir como agentes de mudança na sociedade (WHO, 2013). Os investimentos em habilitação e reabilitação e a disponibilidade de tecnologias de assistência em saúde são benéficos, pois fortalecem a capacidade física e mental das populações, e podem ser fundamentais para permitir que pessoas com limitações funcionais permaneçam ou retornem à sua casa ou comunidade, vivam de forma independente e participem da educação, do mercado de trabalho e vida cívica. Além disso, podem reduzir a necessidade de serviços formais de apoio, bem como reduzir o tempo e a carga física dos cuidadores (WHO, 2015). Em concordância, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas menciona que a despesa pública é muito sensível ao perfil funcional da população idosa, e que os gastos poderão ser entre 40 a 60% mais baixos, se a tendência do aumento da esperança de vida for acompanhada pelo mesmo valor de melhoria da capacidade funcional (APF, 2017). No documento “*Chamado à Ação de Toronto*”, definiram-se os princípios fundamentais para fortalecer a força de trabalho em saúde, sendo estes: os recursos humanos como a base do sistema de saúde; o trabalho em saúde como um serviço público de responsabilidade social importante para o desenvolvimento humano; os trabalhadores da saúde como principais agentes de desenvolvimento e melhoria dos sistemas de saúde (OPAS / Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

Os gestores de serviços de saúde de todo o mundo enfrentam diversos desafios crescentes. Os recursos dos serviços, para atender à crescente procura de cuidados de saúde por parte das populações, são muitas vezes insuficientes. A distribuição dos recursos humanos é geralmente assimétrica entre as áreas urbanas e rurais e entre os níveis de cuidados primários, secundários e terciários (WHO, 2010).

Os recursos humanos em saúde são os profissionais que realmente prestam serviços de saúde e são os recursos mais caros, indispensáveis e menos disponíveis de um sistema de saúde (WHO, 2010). A gestão de recursos humanos está relacionada com a qualidade do atendimento e do serviço prestado aos doentes. Os recursos humanos para a saúde são um componente essencial para garantir a saúde da população e atingir uma saúde universal. Quando estes estão envolvidos, formados e em número suficiente, permitem manter e reforçar os serviços essenciais de saúde aumentando a qualidade dos mesmos (OPAS / OMS, 2021).

Os requisitos de recursos humanos são, tradicionalmente, determinados por rácios, tais como números de profissionais por número de habitantes ou número de profissionais por unidade de saúde. Esses métodos têm como principal desvantagem não levarem em conta tanto as amplas variações locais na procura de serviços, quanto o trabalho que os profissionais de saúde realmente realizam. O Workload Indicators of Staffing Need (WISN) surge como uma forma mais eficaz e sistemática de tomar decisões e gerir melhor estes valiosos recursos. O método WISN é baseado na **Carga de Trabalho** (tarefas) dos profissionais de saúde de cada categoria, com **Padrões de Atividade** (tempo) aplicados para cada componente da carga de trabalho (WHO, 2010).

A adequada mobilização dos recursos em Fisioterapia é um fator que deve permitir aos gestores e decisores políticos alcançarem níveis de melhor eficiência dos serviços, e, simultaneamente, ganhos em saúde (APF, 2017).

Em consequência do contexto anterior surge a questão: como calcular adequadamente o número de Fisioterapeutas nos serviços de internamento hospitalar, de forma a manter a qualidade do serviço prestado, a segurança do doente e facilitando a gestão dos recursos humanos?

Na pesquisa realizada não foi encontrada nenhuma ferramenta de gestão de recursos humanos específica para a Fisioterapia em internamento hospitalar. Porém, na mesma pesquisa o método WISN, emanado pela Organização Mundial de Saúde, surgiu como uma ferramenta de gestão de recursos humanos de uso fácil e aplicável a todas as profissões da saúde e a todos os níveis de decisão.

É sobre esta metodologia que este trabalho se vai debruçar, com o objetivo de conhecer quais as variáveis que podem sustentar a sua aplicabilidade no contexto da prestação de cuidados de Fisioterapia em internamento hospitalar.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 A Importância dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde

Os recursos humanos para a saúde são um componente essencial para garantir a saúde da população e avançar no alcance da saúde universal. Recursos humanos para a saúde envolvidos, formados e em número suficiente permitem manter e reforçar os serviços essenciais de saúde (OPAS / OMS, 2021).

De acordo com a OMS no seu documento, de 2013, “A Universal Truth: No Health Without A Workforce” os recursos humanos são o componente mais importante dos sistemas de saúde. O desempenho dos sistemas de saúde depende, em última instância, do conhecimento, execução técnica e motivação dos profissionais responsáveis pela prestação de serviços. A força de trabalho em saúde é responsável por fornecer serviços essenciais de saúde à população e é um componente crítico para alcançar a cobertura universal de saúde. Além disso, a força de trabalho em saúde também desempenha um papel importante na promoção da equidade em saúde e no desenvolvimento económico. Este documento levanta ainda questões como: Que força de trabalho de saúde é necessária para garantir a cobertura efetiva de um conjunto de benefícios de saúde? Que força de trabalho de saúde é necessária para expandir progressivamente a cobertura ao longo do tempo? Respondendo às suas próprias questões, a OMS refere que não há uma solução única para essas perguntas, pois as necessidades e prioridades variam entre os países e regiões, devendo-se ter em consideração mudanças nas necessidades e expectativas da população, os determinantes sociais da saúde, os diversos encargos associados às doenças, as tecnologias disponíveis, os recursos financeiros e a disponibilidade e fluxos de trabalhadores da saúde. Em modo de conclusão, é referido ser importante adotar uma abordagem prospetiva para planear convenientemente a força de trabalho em saúde, necessária para garantir a cobertura efetiva dos benefícios de saúde ao longo do tempo (WHO, 2009) (WHO, 2013).

A mobilização e alocação adequada de recursos, tanto materiais como humanos, é fundamental para atingir os sete objetivos estratégicos preconizados no Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 emanado pela OMS. Esses objetivos incluem eliminar o dano evitável aos doentes como uma regra fundamental em todos os níveis do sistema de saúde, construir sistemas e organizações de saúde altamente confiáveis que protejam os doentes contra danos, garantir a segurança de todos os processos clínicos, envolver e capacitar doentes e suas famílias no processo de cuidado

e ainda motivar, educar, capacitar e proteger todos os profissionais de saúde, de forma a poderem contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados que prestam. Para alcançar esses objetivos estratégicos, é necessário ter recursos adequados disponíveis, que permitam implementar as intervenções necessárias em todos os níveis do sistema de saúde (WHO, 2021).

Muitos países enfrentam uma crise nos recursos humanos na saúde devido aos seguintes fatores: disponibilidade de profissionais qualificados em número adequado; distribuição de acordo com a necessidade, envolvendo recrutamento e retenção; produtividade e qualidade do serviço prestado. Alguns autores analisaram a relação entre a dotação de pessoal e os resultados de saúde, alertando que países de médio e baixo rendimento procuram oferecer cobertura universal com limitações de recursos (escassez de profissionais, má distribuição geográfica e fraco desempenho), o que os impede de garantir um bom funcionamento dos sistemas de saúde (McPake et al., 2013) (Dussault & Dubois, 2003).

O desenvolvimento de políticas específicas de recursos humanos é fundamental no âmbito da saúde e permitem abordar os desequilíbrios da força de trabalho e promover a implementação de reformas ao nível dos serviços. Os formuladores de políticas, que podem incluir governos, organizações internacionais, organizações não governamentais e outras entidades envolvidas no desenvolvimento destas políticas, devem garantir que os recursos humanos sejam adequadamente abordados, desenvolvendo e implementando estratégias específicas para o seu desenvolvimento. Essas políticas podem incluir critérios para recrutamento, formação, retenção e alocação adequada dos profissionais de saúde. Além disso, as políticas devem ser adaptadas às necessidades específicas do país ou região em questão, e levar em consideração as características únicas da força de trabalho em saúde (Dussault & Dubois, 2003).

2.2 A Gestão dos Recursos Humanos em Serviços de Saúde

O objetivo da gestão de recursos humanos é ter: o número certo de pessoas; com as competências certas; no lugar certo; na hora certa; com a atitude certa; a realizar o trabalho certo; pelo custo certo; com os resultados esperados (WHO, 2010).

Segundo Gilles Dussault, em 1994, o planeamento de recursos humanos, para contribuir positivamente na organização de um serviço ou de um sistema de saúde de um país, deve considerar a quantidade de profissionais necessários, e se estes possuem as competências adequadas à função a ser exercida. É também relevante a forma como os mesmos são distribuídos, pois se estes forem preparados e alocados

corretamente haverá uma melhoria da sua disponibilidade e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços prestados. Ou seja, o desequilíbrio na distribuição de profissionais, além de indicar uma má utilização de recursos, dificulta o acesso da população aos cuidados de saúde. Questões relativas à formação, treino e condições de trabalho também têm impacto no sucesso da organização dos serviços. Fatores como a falta de pessoal, a procura excessiva dos serviços de saúde, remuneração pouco estimulante, coordenação deficiente, métodos rígidos de trabalho, entre outros, podem ter como consequência a insuficiência de tempo para as atividades inerentes à função, podendo ser responsáveis pela ineficiência e baixa qualidade do atendimento prestado (Dussault, 1994).

A gestão adequada da força de trabalho contribui para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, melhoria da proteção da saúde pública e a criação de um sistema de saúde flexível e económico, otimizando os resultados dos cuidados e facilitando a coordenação entre prestadores, doentes e os pagadores dos serviços. Além disso, o uso efetivo dos profissionais de saúde é considerado um elemento-chave para atingir as metas dos sistemas de saúde, para melhorar a qualidade dos cuidados e responder às expectativas legítimas da população (Kachur et al., 2006).

A gestão eficaz de recursos humanos pode ajudar a garantir que os profissionais de saúde tenham as competências e conhecimentos necessários para fornecer cuidados eficazes e seguros aos doentes, ajudando a melhorar a satisfação dos profissionais e levando a uma maior satisfação do doente. Profissionais motivados e empenhados são mais propensos a fornecer um atendimento de alta qualidade, o que leva a melhores resultados clínicos para o doente e financeiros para a organização de saúde (Pillai & Senthilraj, 2019) (OPAS / OMS, 2021).

Existem algumas estratégias, complementares entre si, para monitorizar e avaliar a força de trabalho em saúde tais como: desenvolver sistemas de informação que permitam recolher dados sobre a força de trabalho, como número de profissionais, qualificações, localização geográfica e distribuição por especialidade; realizar pesquisas regulares sobre a força de trabalho que permitam avaliar as necessidades atuais e futuras, bem como identificar lacunas na formação e qualificação dos profissionais; implementar sistemas de monitorização e avaliação do desempenho dos profissionais, integrando indicadores de qualidade do atendimento, satisfação do doente e adesão às diretrizes clínicas; estabelecer mecanismos para avaliar a eficácia das políticas e programas relacionados à força de trabalho, incluindo o impacto na qualidade dos serviços prestados e na equidade no acesso aos serviços; promover a participação da comunidade na monitorização e avaliação da força de trabalho, incentivando a apreciação dos doentes sobre a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais.

O gestor deve ter em conta que cada país ou região pode ter necessidades específicas em relação à monitorização e avaliação da força de trabalho em saúde, sendo imprescindível adaptar as estratégias às necessidades locais (WHO, 2009).

O mercado de trabalho de saúde funciona de maneira distinta de outros setores económicos. A preocupação com a utilização e distribuição de recursos nesta área significa que, para garantir equidade, eficácia e eficiência, os sistemas de saúde precisam aproveitar todos os recursos disponíveis (Mandeville et al., 2016).

Os métodos tradicionalmente usados para cálculo de recursos humanos ou força de trabalho em saúde, são desenvolvidos a partir da procura, das necessidades da população, das metas governamentais de produtividade para os serviços e do indicador de densidade de profissionais por uma população determinada. Porém, não há uma metodologia específica que resolva os problemas de recursos humanos de um sistema de saúde; por isso, é importante testar métodos em instituições, serviços ou setores visando a partilha de experiências e a contribuição para o aprimoramento do planeamento de recursos humanos em saúde (Silva, 2020).

2.2.1 Complexidade das Tarefas

Segundo Wood (1986), as características da tarefa, do executante e do ambiente interagem e influenciam o desempenho humano.

O conceito de complexidade da tarefa tem vindo a ser desenvolvido por diversos autores numa abordagem da quantidade ou qualidade dos recursos, intrínsecos e extrínsecos, necessários para a realização dessa tarefa. Estes recursos intrínsecos, que estão relacionados com o processamento de informação por parte do executante, podem ser do tipo sensitivos, cognitivos, psicomotores e até temporais (Campbell, 1988) (Nembhard & Osothsilp, 2002) (Park, 2009). O tempo e o esforço necessários para concluir um ato dependerão do conhecimento e das competências do profissional que executa esse ato e dos recursos extrínsecos disponíveis (por exemplo, equipamento, pessoal de apoio) (J. C. Naylor et al., 1982).

A quantificação da complexidade das tarefas pode, segundo Park (2009) ser baseada em três dimensões principais: a complexidade cognitiva, a complexidade física e a complexidade social. A complexidade cognitiva refere-se à quantidade de informações que precisam de ser processadas mentalmente para concluir a tarefa. A complexidade física refere-se ao grau de dificuldade física envolvida na execução da tarefa, como o uso de ferramentas ou equipamentos especializados. A complexidade social refere-se ao grau de interação social necessário para concluir a tarefa, como trabalhar em equipe ou lidar com clientes (Park, 2009).

A complexidade dos componentes de uma tarefa é uma função direta do número de atos diferentes que precisam ser realizados no desempenho da mesma e do número de informações distintas que devem ser processadas no desempenho desses atos. À medida que o número de atos aumenta, os requisitos de conhecimento e aptidões para a realização da tarefa também aumentam, uma vez que há mais atividades e procedimentos que um indivíduo precisa conhecer e ser capaz de realizar (Wood, 1986).

Globalmente, quanto maior a complexidade cognitiva, física e social da tarefa e dos seus componentes, mais tempo será necessário para a concluir com sucesso. Isto ocorre porque tarefas mais complexas exigem mais esforço mental, físico e social para serem executadas corretamente (Park, 2009).

Segundo os “Padrões de Prática para Fisioterapia” da American Physical Therapy Association (APTA), em 2019, e mais recentemente do Regulamento do Ato do Fisioterapeuta, publicado pela Ordem dos Fisioterapeutas, existem diversas tarefas associadas à prática da Fisioterapia, sendo algumas destas a gestão dos recursos, o tratamento de doentes ou a formação de profissionais/estudantes. Cada uma destas tarefas é constituída por diversos componentes. No âmbito do processo de Fisioterapia, o Fisioterapeuta pratica os seguintes atos; exame ao doente; realização de testes ou medidas de diagnóstico; implementação de um plano de tratamento adequado com base na avaliação; execução das técnicas necessárias; avaliação dos resultados e se adequado estabelecer modificações da intervenção; disponibilidade de ensinamentos para a continuidade do tratamento e instituir a conclusão do processo de Fisioterapia quando atingidas as metas (APTA, 2019) (Ordem Dos Fisioterapeutas, 2023). Para além disso, a atividade do Fisioterapeuta deve ter em conta diversas informações sobre o estado de saúde do doente, assente no modelo biopsicossocial, conforme descrito na Classificação internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), ferramenta elaborada com a finalidade de registar e organizar uma vasta gama de informações relacionadas com o impacto das condições de saúde sobre o estado funcional dos indivíduos e a capacidade de interação destes consigo próprios, com o ambiente, o trabalho, a família e a vida social. Esta foi elaborada e tem o seu uso recomendado pela OMS desde 2001 (WHO, 2001).

Outro aspeto importante a ter em conta na análise da complexidade da tarefa é a relação entre os membros da equipa interdisciplinar. Quando membros de várias disciplinas diferentes estão envolvidos numa tarefa, podem existir diferenças significativas na forma como cada um aborda a tarefa e na terminologia que cada um usa para a descrever, sendo que isso pode aumentar a complexidade da tarefa. De forma a garantir o sucesso é necessário dar importância à comunicação clara e à colaboração entre os membros da equipa (Park, 2009).

Quando os membros da equipa dependem uns dos outros para concluir a tarefa, a interdependência entre profissionais pode aumentar a sua complexidade, pois qualquer erro ou atraso de uma etapa pode afetar todo o processo. Contudo, a interdependência também pode ser benéfica para gerir a complexidade das tarefas. Se os membros da equipa trabalham juntos de forma colaborativa e comunicam claramente, podem identificar problemas mais rapidamente e encontrar soluções mais eficazes. Além disso, quando os membros da equipa têm um entendimento claro de como as suas funções se relacionam com as funções dos outros membros, podem trabalhar de forma mais eficiente e eficaz (Park, 2009).

Segundo a Lei de Bases da Saúde, de 2019, o Estado deve promover uma política de recursos humanos que garanta o trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro | DRE, 2019).

Ao longo dos anos, os Fisioterapeutas portugueses sempre defenderam a necessidade de integrarem equipas de saúde de todas as tipologias de serviços do Sistema Nacional de Saúde, em verdadeiro espírito de interdisciplinaridade. (APFISIO, 2018) Ainda sobre esta temática, a Ordem dos Fisioterapeutas, refere que “o ato do Fisioterapeuta insere-se numa matriz genérica de competências transversais a diferentes profissões de saúde inerentes à prestação de cuidados de saúde seguros, efetivos e centrados na pessoa, numa perspetiva complementar de interdisciplinaridade, em diferentes áreas de atuação, nomeadamente, na promoção e proteção da saúde, na prevenção da doença e da incapacidade, na manutenção, recuperação, habilitação, reabilitação e palição de pessoas, grupos ou comunidades” (Regulamento nº 490/2023, de 3 de Maio Da Ordem Dos Fisioterapeutas, 2023).

Por outro lado, e segundo alguns autores é possível afirmar que doentes com condições de saúde mais complexas podem tornar a unidade de internamento mais exigente e, como tal, exigir tarefas associadas a elevada complexidade (de Brito & Guirardello, 2012). Além disso, a classificação dos doentes em diferentes graus de complexidade indica que aqueles que têm maior grau de complexidade exigem mais tempo e recursos para a realização de cuidados de saúde (Soares & Xavier, 2011). A complexidade de um doente depende de vários fatores, como a presença de múltiplas doenças crónicas, comorbilidades, polimedicação, problemas psicossociais e outros fatores individuais. É importante lembrar que todos os profissionais de saúde devem estar preparados para trabalhar com doentes complexos nas suas respetivas áreas de atuação (Nicolaus et al., 2022).

2.2.2 A Gestão do Tempo

Segundo Pearce, L. (2011) e citado por Mohammed & Harrison, (2013), a velocidade da execução é cada vez mais um ativo competitivo e uma medida fundamental do sucesso do projeto nas equipas de trabalho modernas. No entanto, de acordo com Amabile et al. (2002) a pressão do tempo induz uma limitação mental em que os indivíduos se envolvem num processamento superficial, em vez de completo e sistemático, das informações, abstendo-se de indagações críticas e tomando decisões menos fundamentadas. De fato, a pressão do tempo tem demonstrado inibir o pensamento criativo necessário para tarefas de resolução de problemas (Mohammed & Harrison, 2013) (Amabile et al., 2002).

De acordo com Rebelo, Vilar e Serranheira (2011), citado por Lopes em 2018, a pressão temporal é um fator de risco organizacional que potencia consequências nocivas para o estado de saúde dos trabalhadores, e que terá mais ou menos efeito conforme os fatores de risco individuais, como a idade, o sexo e o historial clínico da pessoa (J. D. M. Lopes, 2018).

Na gestão de tempo há que ter em consideração a diferença entre o trabalho previsto e o trabalho real. O trabalho previsto é a forma como o trabalho é planeado e descrito pela organização e caracteriza-se por ser baseado em tabelas teóricas de tempo e movimento num determinado espaço físico devidamente equipado, e não tem em conta a variabilidade do trabalho. Por outro lado, o trabalho real é a forma como o trabalho é realmente executado na prática com os recursos disponíveis. A diferença entre estes é influenciada por diversos fatores, tanto extrínsecos como intrínsecos ao trabalhador, tais como ambientais, psicossociais e temporais, trazendo consequências para o trabalhador, empresa e a sociedade. Portanto, é necessário adotar uma abordagem baseada em um "princípio de realidade", que leve em consideração as diferenças entre o trabalho previsto e o trabalho real. Isso pode envolver a criação de margens de tempo para lidar com imprevistos ou variações no trabalho real, bem como a consulta aos trabalhadores para obter *feedback* sobre como o trabalho está a ser realizado na prática (Daniellou et al., 1989).

2.2.3 O Método Workload Indicators of Staffing Needs (WISN)

Os gestores de serviços de saúde, em todo o mundo, enfrentam diariamente diversos desafios e, cada vez maiores. Os recursos para responder às necessidades das populações, são muitas vezes inadequados. A distribuição dos recursos humanos

é geralmente pouco equilibrada entre as áreas urbanas e rurais e entre os níveis de cuidados primários, secundários e terciários.

Os requisitos de recursos humanos são, tradicionalmente, determinados por rácios, tais como números de profissionais por número de habitantes ou número de profissionais por unidade de saúde. Esses métodos têm como principal desvantagem não levarem em conta, tanto as amplas variações locais na procura de serviços, quanto o trabalho que os profissionais de saúde realmente realizam. O Workload Indicators of Staffing Need (WISN), provindo da OMS, surge como uma forma mais eficaz e sistemática de tomar decisões e gerir melhor os valiosos recursos humanos. A primeira versão do WISN, de 1998, caracterizava-se pelo método conceptual “de cima para baixo” sendo o ministério da saúde o centro de gestão e ficando no topo, seguido dos gestores intermédios, e na base os trabalhadores do serviço de saúde.

Este método considera a participação de profissionais desde o nível central até ao nível local, incluindo instituições e serviços. Possibilita evidenciar o desequilíbrio entre profissionais disponíveis e carga de trabalho, sendo que esta demonstração tem em conta os recursos existentes. Pode apoiar decisões de gestão em relação à distribuição de pessoal e de tarefas, favorecendo a melhoria da qualidade dos serviços e o planeamento realista para contratações futuras (Shipp, 1998).

Tomblin Murphy et al. desenvolveram critérios orientadores para auxiliar os países na escolha do método mais apropriado para determinar as necessidades de recursos humanos em saúde. Esses critérios incluem a consistência com os objetivos do sistema de saúde do país, a criação dos requisitos de recursos humanos a partir dos requisitos do serviço, a consideração da produtividade do serviço para diferentes tipos de recursos humanos, a medição da disponibilidade dos profissionais em termos de tempo dedicado à prestação de serviços, a consideração dos fatores que afetam as horas trabalhadas, a avaliação das implicações dos planos de recursos humanos e o seu alinhamento com os planos financeiros do sistema de saúde, e a consideração dos requisitos de profissionais no contexto mais amplo da produção de serviços de saúde. Dada a complexidade e diversidade desses critérios, encontrar o método ideal é desafiador. No entanto, destaca que a metodologia WISN, da Organização Mundial de Saúde, atende à maioria desses critérios, sendo uma abordagem que pode ser considerada satisfatória para determinar as necessidades de recursos humanos em sistemas de saúde (Tomblin Murphy et al., 2016).

Ao longo de tempo o método WISN foi revisto, tendo em conta a descentralização da gestão dos sistemas de saúde e, a sua versão mais atual de 2010, pode ser aplicada a todos os níveis de decisão em saúde (WHO, 2010b).

O método WISN é baseado na **Carga de Trabalho** (tarefas) de um profissional de saúde, com **Padrões de Atividade** (tempo) aplicados para cada componente da carga de trabalho (WHO, 2010b).

No estudo realizado por Namaganda et al., 2022, foram evidenciados diversos fatores considerados essenciais para a implementação bem-sucedida do WISN, sendo eles: a realização de formação prévia para os diferentes grupos envolvidos; a informatização da metodologia; a disponibilização de fórmulas que simplificam os cálculos e minimizam erros; a existência do Manual do Utilizador WISN, que oferece explicações claras sobre cada etapa técnica de implementação do mesmo; o apoio da liderança de nível superior e a presença de sistemas de informação eficientes, garantindo fácil acesso a dados confiáveis sobre carga de trabalho e pessoal. O estudo destaca que, embora a análise e interpretação dos resultados do WISN sejam consideradas simples, a aceitação e implementação desses resultados colocam desafios maiores. Isso ocorre porque, na prática da formulação de políticas, a tomada de decisões é predominantemente política e não técnica, não dependendo apenas de evidências científicas. Além disso, a implementação das recomendações do WISN enfrenta desafios financeiros em países que ainda não adotaram essa metodologia. Os autores também enfatizam a influência de fatores como crenças e valores dos decisores e a situação económica e política no processo de decisão (Namaganda et al., 2022).

2.2.3.1 *Aplicação do método WISN*

A metodologia WISN e os seus conceitos encontram-se explanados no Manual do Utilizador WISN, em língua inglesa. Seguidamente apresentamos uma breve explicação dos mesmos, em português.

A metodologia WISN engloba diversas etapas, sendo elas:

- 1) definir a categoria profissional e o tipo de unidade de saúde;
- 2) estimativa do **Tempo de Trabalho Disponível (TTD)**;
- 3) identificar e definir os componentes da **Carga de Trabalho**;
- 4) determinar o tempo médio para os componentes da **Carga de Trabalho**, isto é, **Padrões de Atividade**;
- 5) estabelecer **Cargas de Trabalho Padrão (CTP)**;
- 6) calcular os **Fatores de Ajuste**;
- 7) dimensionar as necessidades de recursos humanos com base no método WISN;
- 8) analisar e interpretar os dados do método WISN (WHO, 2010b).

Inicialmente, identifica-se a categoria profissional e o tipo de unidade de saúde.

Na segunda etapa calcula-se o **Tempo de Trabalho Disponível (TTD)**. Este refere-se ao tempo que um profissional de saúde tem disponível num ano, para realizar o seu trabalho, descontando as ausências previstas. Pode ser expresso em dias ou horas por ano, através da fórmula:

$$\text{TTD} = [A - (B + C + D + E)] \times F$$

TTD = **Tempo de Trabalho Disponível** por profissional;

A = número de dias de trabalho possíveis num ano;

B = número de dias de ausência por feriados num ano

C = número de dias de ausência por férias num ano;

D = número de dias de ausência por baixa médica num ano;

E = número de dias de ausência por formação num ano;

F = número de horas de trabalho por dia.

Na terceira etapa definem-se os componentes da **Carga de Trabalho**, que são as intervenções ou atividades mais importantes no dia a dia de um profissional de saúde. Estes componentes dividem-se em três tipos de atividade, segundo o método WISN, da seguinte forma:

- Atividades de cuidados de saúde: são a principal atividade dos prestadores de cuidados de saúde, realizadas por todos os elementos da categoria profissional e das quais se realiza registo estatístico de forma constante e regular.
- Atividades de apoio: realizadas por todos os elementos da categoria profissional, mas sobre as quais não são realizados registos estatísticos consistentes.
- Atividades adicionais: realizadas apenas por alguns elementos da categoria profissional sem que sejam realizados registos estatísticos consistentes.

Ao definir-se os componentes da **Carga de Trabalho** há que ter em conta que estes devem ser considerados separadamente pois cada um deles tem uma necessidade específica de tempo.

As tarefas que constituem a carga de trabalho são definidas como atividades que os profissionais devem realizar para executar o seu trabalho. As tarefas são um dos componentes mais cruciais no estudo do desempenho profissional. É consensual que o desempenho humano depende da interação entre as características da tarefa (por

exemplo, complexidade e urgência), características do profissional (por exemplo, conhecimentos e competências) e características do ambiente (por exemplo, ruído e temperatura). Espera-se que as características da tarefa tenham influências significativas sobre os comportamentos individuais e de grupo (Liu & Li, 2012).

Os componentes de carga de trabalho no tipo de atividades de serviço de saúde não podem ser divididos em subcomponentes menores, se o registo estatístico constante e regular não estiver disponível para cada subcomponente.

Na quarta etapa determina-se o tempo médio para a realização dos diversos componentes da carga de trabalho, denominado **Padrão de Atividade (PA)**, para os três tipos de atividades. Considera-se **Padrão de Atividade** o tempo necessário para um trabalhador bem treinado, qualificado e motivado realizar uma atividade de acordo com os padrões profissionais nas circunstâncias locais.

A quinta etapa consiste em estabelecer as **Cargas de Trabalho Padrão (CTP)**, relativas às atividades de cuidados de saúde. Para este cálculo e usando o **Padrão de Atividade** anteriormente definido para cada componente da carga de trabalho em Atividades de cuidados de saúde, é possível calcular a **Taxa de Trabalho (TT)**, expressa em número de doentes por hora.

$$TT = 60 \text{ min} / PA$$

Relacionando este valor com o **Tempo de Trabalho Disponível** é possível determinar a **Carga de Trabalho Padrão** através da seguinte fórmula:

$$CTP = TT \times TTD$$

Este valor indica-nos a quantidade de doentes, que um profissional de saúde conseguiria atender num ano, se se dedicasse a essa tarefa exclusivamente.

Na sexta etapa, calculam-se os **Fatores de Ajuste de Categoria e Individuais** para os quais utilizamos o **Padrão de Atividade** anteriormente definido para as Atividades de apoio e Atividades adicionais, respetivamente.

No caso do **Fator de Ajuste de Categoria (FAC)** é necessário antes determinar o **Padrão de Ajuste de Categoria (PAC)**, que é expresso como percentagem do **Tempo de Trabalho Disponível**. Este pode ser calculado de duas formas sendo que o resultado é o mesmo. A primeira é calcular o **Padrão de Ajuste de Categoria** como percentagem do **Tempo de Trabalho Disponível** anual:

$$PAC = (\text{horas anuais gastas na atividade de apoio} / TTD \text{ anual}) \times 100$$

A segunda forma é calcular o **Padrão de Ajuste de Categoria** como percentagem do **Tempo de Trabalho Disponível** diário:

$$\text{PAC} = (\text{horas diárias gastas na atividade de apoio} / \text{TTD diário}) \times 100$$

Cada atividade de apoio tem o seu **Padrão de Ajuste de Categoria** e com a soma de todas estas percentagens podemos calcular o **Padrão de Ajuste de Categoria** total e assim determinar o **Fator de Ajuste de Categoria** através da seguinte fórmula

$$\text{FAC} = 1 / [1 - (\text{PAC total} / 100)]$$

Para determinar o **Fator de Ajuste Individual (FAI)** necessitamos de calcular o **Padrão de Ajuste Individual (PAI)**, que é a soma dos tempos, em horas por ano, gastos na execução das atividades adicionais. Relacionando o **Padrão de Ajuste Individual** e o **Tempo de Trabalho Disponível** através da seguinte fórmula, podemos obter este fator:

$$\text{FAI} = (\text{PAI anual} / \text{TTD anual})$$

Na sétima etapa é possível dimensionar as necessidades de recursos humanos com base no método WISN, utilizando para isso os valores obtidos anteriormente em conjunto com informação obtida em registos estatísticos relativos ao número de sessões que no ano anterior deveriam ser realizados, isto é, a soma do número de sessões realizadas e das sessões que não se realizaram por défice de recursos humanos, para cada componente da carga de trabalho. Este valor é considerado como **Carga de Trabalho Anual (CTA)**. No caso das atividades de cuidados de saúde pretendemos determinar o **Número de Profissionais por Componente da Carga de Trabalho (NPCCT)**, ou seja, o número de profissionais necessários ao desempenho de cada componente da Carga de Trabalho, através da fórmula:

$$\text{NPCCT} = \text{CTP} / \text{CTA}$$

Somando o **Número de Profissionais por Componente da Carga de Trabalho** obtêm-se o **Total de Profissionais para Atividades de Saúde (TPAS)**.

O **Número Total de Profissionais Necessários (NTPN)** baseado no método WISN calcula-se através da seguinte fórmula:

$$\text{NTPN} = \text{TPAS} \times \text{FAC} + \text{FAI}$$

Por fim, na oitava etapa, e após a determinação de quantos profissionais de saúde são necessários para a carga de trabalho total na unidade de saúde, é possível analisar e considerar as implicações dos resultados. Os resultados do WISN são analisados de duas formas, sendo que a primeira é a **Diferença** entre o **Número de Profissionais Existente (NPE)** e o **Número Total de Profissionais Necessários (NTPN)** e indica se a unidade de saúde está com excesso ou falta de recursos humanos:

$$\text{NPE} - \text{NTPN}$$

A segunda análise refere-se ao **Rácio** resultante da divisão do **Número de Profissionais Existente** pelo **Número Total de Profissionais Necessários** e permite-nos avaliar a **Pressão de Trabalho (PT)**:

$$\text{PT} = \text{NPE} / \text{NTPN}$$

Quando a **Pressão de Trabalho** é igual a 1, então os recursos humanos existentes estão em equilíbrio com a carga de trabalho. Se este valor for superior a 1 significa que existe excesso de recursos humanos face à carga de trabalho total, e se for inferior a 1 então o número total de recursos humanos é insuficiente para a carga de trabalho total. Quanto menor este rácio maior é a **Carga de Trabalho**.

O resultado desta análise serve para fundamentar uma tomada de decisão sobre os quadros atuais e futuros de uma instituição de saúde com base na melhoria da distribuição dos recursos humanos; melhoria da distribuição da carga de trabalho; possibilidade de controlar a sobreposição e lacunas na execução de tarefas; planeamento para dimensionar o quadro de pessoal de forma realista e melhoria da qualidade dos serviços aumentando a segurança dos cuidados e satisfação dos doentes (Silva, 2020).

No Quadro 2.1 apresentamos os termos em língua inglesa, usados no Manual, os termos relativos em português e as respetivas siglas utilizadas nas fórmulas matemáticas do WISN. As abreviaturas a bold correspondem às variáveis que pertencem às fórmulas do método WISN.

Quadro 2.1 - Variáveis WISN em língua inglesa, portuguesa e respetivas siglas (adaptado de WHO, 2010b)

Variáveis WISN	Sigla em Inglês	Tradução	Sigla em Português
Available Working Time	AWT	Tempo de Trabalho Disponível	TTD
Workload Component	WC	Componentes da Carga de Trabalho	CCT
Annual Workload	AW	Carga Trabalho Anual	CTA
Activity Standards	AS	Padrão de Atividade	PA
Rate of Working	RW	Taxa de Trabalho	TT
Standart Workload	SW	Carga de Trabalho Padrão	CTP
Required number of staff members for health service activities	RNSH	Número de Profissionais por Componente da Carga de Trabalho	NPCCT
Total required staff for health service activities	TSH	Total de Profissionais para Atividades de Saúde	TPAS
Category Allowance Standard	CAS	Padrão de Ajuste de Categoria	PAC
Category Allowance Factor	CAF	Fator de Ajuste de Categoria	FAC
Individual Allowance Standart	IAS	Padrão de Ajuste Individual	PAI
Individual Allowance Factor	IAF	Fator de Ajuste Individual	FAI
Required number of staff members	RNS	Número Total de Profissionais Necessários	NTPN
Current number of health workers	CNW	Número de Profissionais Existente	NPE
Workload Pressure	WP	Pressão de Trabalho	PT

2.3 Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde

Apesar de não existir consenso na definição de qualidade na saúde, a OMS no seu “Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde”, citando um relatório do Comité para a Qualidade dos Cuidados de Saúde do Instituto de Medicina dos Estados Unidos de 2001, definiu esse construto como “A medida em que os serviços de saúde prestados, aos indivíduos e às populações, aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”. O que inclui fornecer aos doentes serviços apropriados de forma tecnicamente correta, com boa comunicação, tomada de decisão compartilhada e sensibilidade cultural (Institute of Medicine (US) & Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Neste manual são sugeridas as dimensões que concorrem para um sistema de saúde de qualidade sendo elas a eficácia, a segurança, a centralização nos doentes, a oportunidade, a equidade, a acessibilidade e a eficiência (WHO, 2020).

Os autores de “Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare: A Case-Based Approach” referem estratégias eficazes para implementar iniciativas de segurança do doente e melhoria da qualidade em organizações de saúde tais como: envolver os doentes e as suas famílias no processo de cuidados, estabelecer uma cultura de segurança, proporcionar formação contínua aos profissionais de saúde, usar tecnologia para melhorar a segurança do doente e recolher dados sistemáticos para monitorizar o desempenho e identificar áreas que precisam de ser melhoradas. O documento destaca ainda, que a melhoria da qualidade e segurança do doente requer uma visão partilhada, objetivos estratégicos simples e mensuráveis, liderança e envolvimento dos profissionais, linguagem operacional comum, perseverança e desejo de sucesso. A recolha de dados, tais como, de satisfação do doente e identificação de riscos por parte dos profissionais pode fornecer uma visão introspectiva valiosa para melhorar a qualidade do atendimento ao doente, realçando-se a importância e necessidade de recursos humanos para a implementação dessas iniciativas (Shah & Godambe, 2020) (Institute of Medicine (US) & Committee on Quality of Health Care in America, 2001). No entanto, quando a previsão, distribuição e mecanismos de retenção de recursos humanos são inadequados, a organização do serviço não alcança resultados de qualidade, mesmo com estrutura e financiamento adequados (Dussault, 1994).

O Instituto de Medicina dos EUA e outros órgãos de autoridade documentaram os papéis críticos desempenhados pela força de trabalho na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade. O documento “*Crossing the Quality Chasm*” identifica a força

de trabalho de saúde como o recurso mais importante e crítico do sistema, para melhorar a qualidade do atendimento. Recomenda, ainda, que prestar cuidados centrados no doente, seguros, eficazes e coordenados e aproveitar as oportunidades oferecidas pela tecnologia da informação, requerem uma força de trabalho em número suficiente, com as competências necessárias e inserida em ambiente apropriado para prestar cuidados consistentes com as suas competências (Institute of Medicine (US) Committee on Crossing the Quality Chasm, 2006).

Segundo Braveman, em 2003, a equidade em saúde é a ausência de disparidades sistemáticas na saúde (ou nos principais determinantes sociais da saúde) entre grupos com diferentes níveis de vantagem/desvantagem social. As iniquidades em saúde colocam sistematicamente grupos de pessoas que já são socialmente desfavorecidas, em desvantagem ainda maior em relação à sua saúde, devendo esta ser considerada essencial para o bem-estar e para superar outros efeitos da desvantagem social. A equidade é um princípio ético; também está em consonância e intimamente relacionada com os princípios dos direitos humanos. A equidade na saúde implica, portanto, que os recursos, tanto físicos como humanos, sejam distribuídos de modo justo e que os processos sejam concebidos de forma a permitir a igualdade entre os resultados de saúde dos grupos sociais desfavorecidos e os resultados dos seus homólogos mais favorecidos (Braveman, 2003).

A OMS através da sua iniciativa “Patient Safety” elaborou o “*Plano de Ação Global de Segurança do Doente 2021–2030, Para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde*”, com uma missão de ação global, de modo a impulsionar políticas, estratégias e ações, com base na ciência, na experiência do doente, na estrutura do sistema e em parcerias, de forma a eliminar todos os potenciais riscos e danos evitáveis aos doentes e profissionais de saúde. O seu objetivo *major* é que os danos evitáveis para os doentes atinjam a meta “zero”, devendo o mesmo constituir uma regra de participação no planeamento e prestação de cuidados de saúde em todas as unidades de saúde. Para atingir este objetivo estão preconizadas diversas estratégias, sendo uma delas mobilizar e alocar recursos, tanto materiais como humanos, adequados para a implementação da segurança do doente em todos os níveis do sistema de saúde. Estas estratégias são colocadas em prática através de ações junto a diversas entidades tais como governos, *stakeholders*, instituições e serviços de saúde. Estas ações têm como linhas de orientação a correta alocação de recursos humanos e financiamento (WHO, 2021).

Em Portugal, o processo de certificação de qualidade é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), alinhado com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e o Modelo de

Certificação do Ministério da Saúde, visando reconhecer a qualidade e segurança nas organizações do Sistema de Saúde Português, bem como promover o empenho voluntário das mesmas, na melhoria contínua da qualidade e sua consolidação. Com o reconhecimento da qualidade organizacional e prática clínica, a confiança dos cidadãos e profissionais é fortalecida. A certificação aborda a qualidade de uma forma integral através de processo direcionado para as diferentes áreas que compõem os cuidados de saúde (DGS, 2020).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, refere que a Base 2 da Lei de Bases da Saúde determina que, entre outros, as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros. (Despacho nº 9390/2021, de 24 de Setembro | DRE, 2021) A criação de equipas multidisciplinares, nas quais os profissionais são estimulados à partilha do conhecimento e da responsabilidade, é um exemplo de como a gestão da qualidade pode melhorar a segurança do doente (Ferreira, 2010).

Os défices de recursos humanos para a saúde constituem um grande constrangimento estrutural para garantir a segurança do doente. Os mecanismos para reduzir os eventos adversos nos cuidados de saúde, deverão centrar-se nas intervenções baseadas no sistema, ao invés das intervenções clínicas ou tecnológicas. Desta forma, o treino em competências de segurança do doente, a comunicação eficaz e o trabalho profícuo em equipa são essenciais para melhorar a segurança do doente (Galadanci, 2013).

2.3.1 Qualidade e Segurança em Fisioterapia

A integração da reabilitação nos diferentes níveis dos sistemas de saúde exige uma força de trabalho capacitada, ou seja, profissionais de saúde com competências e conhecimentos específicos em reabilitação, devendo-se considerar nessa esfera, as características da força de trabalho, bem como o número de profissionais de reabilitação disponíveis, a sua distribuição, formação, aptidão e competências (WHO, 2017).

Alguns dos principais desafios na implementação de serviços de reabilitação nos sistemas de saúde incluem financiamento insuficiente, falta de pessoal treinado, acesso

limitado a serviços em áreas rurais e remotas, ausência de consciencialização acerca da importância da reabilitação, entre profissionais da saúde e o público em geral, além da falta de dados suficientes sobre a necessidade e impacto dos serviços de reabilitação ao nível dos serviços e sistemas e, mesmo na saúde e qualidade de vida das populações (WHO, 2019).

Contudo, existem diversos indicadores de qualidade dos cuidados de Fisioterapia que permitem avaliar a sua eficácia e importância nas unidades hospitalares. Alguns destes indicadores, segundo o documento “Rehabilitation in Health Systems”, podem incluir medidas de resultados ao nível da melhoria da funcionalidade, independência, qualidade de vida e satisfação do doente. Por forma a que os serviços possam melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados, é aconselhado que recolham sistematicamente junto dos doentes, a sua perceção e experiência acerca desses cuidados, o envolvimento dos doentes na avaliação da qualidade dos cuidados de reabilitação, podendo incluir solicitar *feedback* direto dos doentes sobre sua experiência com os serviços de reabilitação e usar essas informações para melhorar continuamente a qualidade dos cuidados prestados (WHO, 2017).

Em 2022, Angel-Garcia et al. analisaram as variáveis que mais se relacionavam com a satisfação do doente relativamente ao atendimento recebido, tendo chegado à conclusão dos seguintes indicadores: o tempo de espera para o início do tratamento, o número de sessões de Fisioterapia previstas, o tempo total de tratamento, a taxa de reinternamento, a taxa de complicações relacionadas com o tratamento. Estes indicadores devem ser utilizados pelos serviços de Fisioterapia hospitalar, para dar respostas à melhoria dos cuidados e da satisfação. Por exemplo, o tempo de espera para o início do tratamento pode ser reduzido por meio da implementação de processos mais eficientes para triagem e encaminhamento dos doentes; o número de sessões previstas pode ser ajustado com base nas necessidades individuais dos doentes, garantindo que eles recebam a “quantidade adequada” de tratamento; a taxa de reinternamento pode ser reduzida por meio da adoção de programas eficazes de alta hospitalar e acompanhamento pós-alta (Angel-Garcia et al., 2022).

Existe uma relação entre qualidade na Fisioterapia e segurança do doente. A Fisioterapia é uma parte importante do tratamento de muitos doentes hospitalizados, e a qualidade do atendimento prestado pode afetar diretamente a segurança do doente. Por exemplo, se um doente não recebe a quantidade adequada de tratamento de Fisioterapia ou se o tratamento é inadequado, isso pode levar a complicações adicionais ou prolongar o tempo de internamento. Além disso, se os profissionais de Fisioterapia não seguirem as boas práticas e os protocolos de segurança podem aumentar o risco de lesões ou quedas durante o tratamento. Sendo assim é importante que as unidades

de Fisioterapia hospitalar façam regularmente a monitorização da qualidade do atendimento prestado e implementem medidas para garantir a segurança dos doentes durante o tratamento (Angel-Garcia et al., 2022).

Por outro lado, a especialização dos profissionais tem vindo a ser estudada como um fator que pode melhorar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes, ao permitir desenvolver competências mais específicas nas várias áreas de intervenção. Esta especialização pode ajudar os Fisioterapeutas a destacarem-se no mercado de trabalho e no atendimento das necessidades específicas de determinadas populações (Lopes, M. 2010).

Um aspeto que pode influenciar a segurança e conseqüentemente a satisfação, é o rácio de profissionais por doentes. Por exemplo, no estudo realizado por Livingstone, 2019, em lares de idosos, o autor concluiu que o número de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais era muito variável, não existindo uma alocação racional destes profissionais relativamente ao número de doentes. No entanto, foi possível tecer as seguintes considerações: as instituições cuja relação Fisioterapeuta/Doente era mais baixa, associaram-se a pontuações de desempenho mais favoráveis, melhor qualidade do atendimento e menor risco de eventos adversos, destacando-se ainda a importância da disponibilidade adequada dos Fisioterapeutas durante o tratamento (Livingstone et al., 2019).

2.4 Objetivos

Face à fundamentação apresentada, o objetivo principal da presente investigação é apresentar a metodologia WISN e sugerir valores para as variáveis necessárias para a sua utilização, que permite calcular o número adequado de Fisioterapeutas para dar resposta às necessidades assistenciais do internamento hospitalar.

Relativamente aos objetivos específicos pretende-se:

- Explanar a metodologia WISN, e a sua operacionalização, para o cálculo efetivo e eficaz de Fisioterapeutas necessários para promover a qualidade e segurança no internamento hospitalar, capacitando e facilitando essa tarefa ao nível da gestão.
- Conhecer os Padrões de Atividade, para as atividades de saúde, ou seja, o tempo médio de execução de uma sessão de tratamento nas principais áreas funcionais da Fisioterapia – cardiorrespiratória, neurológica e orto traumatológica – baseado em padrões de excelência e de evidência, mas também com base nos

conhecimentos e experiência dos Fisioterapeutas, e para as atividades de apoio e atividades adicionais dos Fisioterapeutas.

- Sugerir quais as fontes dos dados previamente conhecidos e necessários para o uso da ferramenta WISN.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo é observacional, do tipo analítico e transversal.

3.2 Meio do estudo

Serviços hospitalares públicos e privados cujos Fisioterapeutas prestem cuidados em unidades de internamento.

3.3 População-alvo e amostra

Da população-alvo fizeram parte todos os Fisioterapeutas que prestam cuidados ao nível do internamento hospitalar de forma regular, sendo que na amostra foram incluídos, todos os que responderam voluntariamente e na totalidade ao questionário *online*.

O método de amostragem foi não probabilístico, da qual resultou um recrutamento sequencial de indivíduos; 43 Coordenadores/Subcoordenadores e 151 Fisioterapeutas prestadores de cuidados.

3.4 Metodologia de Recolha dos Dados

Foi constituído um questionário, disponibilizado via *online* e cuja conceptualização se subdividiu em questões dirigidas aos Fisioterapeutas Coordenadores/Subcoordenadores e em questões dirigidas aos Fisioterapeutas prestadores de cuidados. Os domínios e questões dos mesmos incluiu a caracterização sociodemográfica e laboral dos respondentes e um conjunto de questões sobre informações necessárias para o uso da ferramenta *W/SN*, desenvolvida pela OMS. Esse questionário encontra-se no Apêndice 1.

No Quadro 3.1, apresentam-se a diferentes variáveis, bem como a sua tipologia.

Quadro 3.1 - Caracterização dos domínios e variáveis do questionário

Questionário Dirigido aos Fisioterapeutas	
Domínio sociodemográfico	
Variável	Tipo
Tipologia Hospitalar	Nominal
Cargo	Nominal
Idade	Numérica
Género	Nominal
Distrito	Nominal
Domínio Profissional	
Variável	Tipo
Unidade de Internamento	Nominal
Área de prestação de cuidados	Nominal
Tempo médio de sessão em adultos	Numérica
Tempo médio de sessão cardiorrespiratória em Pediatria	Numérica
Tempo médio de sessão neurológica em Pediatria	Numérica
Tempo médio de sessão orto traumatológica em Pediatria	Numérica
Tempo médio para a consulta de processos/visita médica	Numérica
Tempo médio para registos / estatística	Numérica
Tempo médio para formação interna	Numérica
Tempo médio para tarefas de gestão	Numérica
Tempo médio para grupos de trabalho	Numérica
Tempo médio exclusivo para estagiários	Numérica

3.5 Desenho do estudo

A operacionalização da investigação iniciou-se com a construção do questionário que permitisse cumprir os objetivos da mesma, sendo que o mesmo foi submetido previamente a um pré-teste, cujos conteúdos não revelaram a necessidade de reorganizar ou reestruturar a sequência ou a apresentação das questões.

Para o cumprimento de todos os procedimentos necessários à realização do estudo, foi pedida autorização à Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Anexo 1).

Para a distribuição do inquérito contactou-se previamente via telefone todos os Fisioterapeutas Coordenadores dos Hospitais Públicos e Privados do continente e ilhas explicando os objetivos do estudo e pedindo a sua colaboração na distribuição do mesmo pelas equipas (e-mails pessoais ou institucionais) afetas à prestação de cuidados nos internamentos hospitalares. A recolha dos dados decorreu de 15 de Março a 15 de Maio de 2023.

3.6 Considerações Éticas e Legais

Relativamente às questões éticas e, conforme já referido anteriormente o estudo contemplou a autorização por parte da Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Anexo 2).

No que diz respeito aos respondentes foi possibilitada a sua participação de forma livre e esclarecida, de acordo com a Declaração de Helsínquia, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, não sendo possível, em momento algum, associar os inquiridos às respostas obtidas, respeitando por completo a proteção da pessoa e não existindo nenhum risco previsto para os participantes. Desta forma, os dados foram totalmente anonimizados e só serão armazenados informaticamente durante o período necessário para a realização da investigação.

3.7 Análise estatística

Os dados ajustaram-se previamente e de forma automatizada numa folha de Excel, sendo posteriormente transferidos para uma matriz informática, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 27.0 para Windows.

Foi considerado o nível de significância de 5% em todas as análises inferenciais.

Qualquer valor de probabilidade $p \leq 0,05$ representou o que se considera como diferença estatisticamente significativa, nas análises comparativas entre grupos de interesse.

Análise Descritiva: para a estatística descritiva das variáveis categóricas calculámos frequências absolutas e relativas. Para as variáveis numéricas, determinámos a média, a mediana, o desvio padrão (dp) e os valores máximos e mínimos.

Análise Inferencial: testou-se a normalidade de todas as variáveis numéricas, para aferir a escolha de testes paramétricos ou não paramétricos de acordo com os resultados obtidos.

As análises comparativas entre os tempos das áreas de intervenção envolveram testes ANOVA. Os resultados destas últimas foram confirmados, sempre que se justificou, com o teste post-hoc de Tukey.

No caso da análise da área pediátrica utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados foram confirmados, sempre que se justificou, com testes de Mann-Whitney.

3.8 Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo é o desconhecimento do número total de fisioterapeutas que trabalham em internamento hospitalar e conseqüentemente o desconhecimento da potência da amostra. Por outro lado, alguns doentes com comorbilidades poderão ter enviesado a resposta relativa ao padrão de atividade de saúde, ao terem sido considerados pelos respondentes, exclusivamente com uma patologia. Por fim detetou-se dificuldade na pesquisa bibliográfica de estudos com os mesmos objetivos ou amostras semelhantes, dificultando a comparação dos resultados.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A amostra da presente investigação foi constituída por 194 respondentes, dos quais 184 exercem funções em hospitais públicos e 10 em hospitais privados.

As respostas de Fisioterapeutas Coordenadores ou Subcoordenadores perfazem 43 (22,2%) e os restantes 151 (77,8%) são de Fisioterapeutas na prestação de cuidados em internamento hospitalar.

Do total de respondentes, 148 (76,3%) são do género feminino e 46 (23,7%) do género masculino. No caso dos Fisioterapeutas Coordenadores ou Subcoordenadores, 36 (83,7%) são mulheres e 7 (16,3%) são homens. Em relação aos Fisioterapeutas em prestação de cuidados no internamento existe também uma prevalência do género feminino com 112 (74,2%) das respostas, sendo os restantes 39 (25,8%) do género masculino.

O valor médio da idade dos Fisioterapeutas Coordenadores foi de $54,5 \pm 7,1$ anos com um mínimo de 35 e um máximo de 65 anos. No caso dos Fisioterapeutas na prestação de cuidados esse valor foi $42,6 \pm 9,4$ anos variando entre 24 e 67 anos.

Os cinco distritos que originaram mais respostas foram Lisboa, Faro, Porto, Leiria e Setúbal. Por outro lado, Évora apenas registou 2 respostas e o único distrito do qual não se obteve dados foi a Região Autónoma da Madeira, conforme dados da Tabela 4.1.

Tabela 4.1 - Frequência e percentagem de respostas por distrito

Distrito	Frequência	Percentagem
Aveiro	5	2,6
Beja	3	1,5
Braga	4	2,1
Bragança	9	4,6
Castelo Branco	6	3,1
Coimbra	6	3,1
Évora	2	1,0
Faro	26	13,4

Guarda	4	2,1
Leiria	16	8,2
Lisboa	47	24,2
Portalegre	5	2,6
Porto	23	11,9
Região Autónoma dos Açores	3	1,5
Santarém	8	4,1
Setúbal	12	6,2
Viana do Castelo	3	1,5
Vila Real	7	3,6
Viseu	5	2,6
Total	194	100,0

No que respeita às Unidades de Internamento, obtiveram-se respostas em todas as especialidades, de acordo com a Tabela 4.2, destacando-se que o serviço com frequência mais elevada foi a Medicina Interna.

Tabela 4.2 - Frequência e percentagem de respostas por Unidade de Internamento

Unidade de Internamento	Frequência	Percentagem
Cardiologia	1	0,7
Cirurgia	11	7,3
Fisiatria	12	7,9
Gastroenterologia	3	2,0
Infeciologia	2	1,3
Medicina Interna	41	27,2
Nefrologia	2	1,3
Neurocirurgia	5	3,3
Neuro críticos	1	0,7
Neurologia	9	6,0
Oncologia	6	4,0
Ortopedia	15	9,9
Pediatria	12	7,9

Pneumologia	3	2,0
Unidade de Convalescença	6	4,0
Unidade AVC	6	4,0
Unidade de Cuidados Intensivos	14	9,3
Unidade de Cuidados Paliativos	2	1,3
Total	151	100,0

Dividimos a prestação de cuidados de Fisioterapia em três áreas de intervenção: Cardiorrespiratória, Neurológica e Orto traumatológica. De seguida, separamos as respostas da unidade de internamento de Pediatria (n=12; 7,9%) das restantes, por ter características específicas, restando 139 (92,1%) respostas de Fisioterapeutas em prestação de cuidados em adultos.

Na Tabela 4.3 apresentamos a frequência de respostas de cada uma das áreas, em cada uma das unidades de internamento de adultos. A prestação de cuidados nas áreas Cardiorrespiratória e Neurológica é prevalente no serviço de Medicina Interna, enquanto, e expectavelmente, a prestação Orto traumatológica ocorre predominantemente no serviço de Ortopedia.

Tabela 4.3 - Frequência e percentagem de respostas por área de prestação de cuidados em cada unidade de internamento

Unidade de Internamento	Área de prestação de cuidados					
	Cardiorrespiratória		Neurológica		Orto traumatológica	
Cardiologia	1	100%	0	0%	0	0%
Cirurgia	9	81,8%	1	9,1%	1	9,1%
Fisiatria	1	8,3%	7	58,3%	4	33,3%
Gastroenterologia	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%
Infeciologia	2	100%	0	0%	0	0%
Medicina Interna	21	51,2%	18	43,9%	2	4,9%
Nefrologia	2	100%	0	0%	0	0%
Neuro críticos	0	0%	1	100%	0	0%
Neurocirurgia	0	0%	5	100%	0	0%
Neurologia	0	0%	9	100%	0	0%

Oncologia	3	50,0%	3	50,0%	0	0%
Ortopedia	0	0%	0	0%	15	100%
Pneumologia	3	100%	0	0%	0	0%
Unidade Cuidados Paliativos	0	0%	1	50,0%	1	50,0%
Unidade Convalescença	0	0%	3	50,0%	3	50,0%
Unidade AVC	1	16,7%	5	83,3%	0	0%
Unidade Cuidados Intensivos	12	85,7%	1	7,1%	1	7,1%
Total	56	40,3%	55	39,6%	28	20,1%

As perguntas respeitantes aos Padrões de Ajuste de Categoria foram respondidas pela totalidade dos Fisioterapeutas em prestação de cuidados. Relativamente aos Padrões de Ajuste Individuais, sendo que estes são tarefas que apenas são realizadas por alguns profissionais, a frequência e percentagens de respostas dos Fisioterapeutas são as que se apresentam na Tabela 4.4. As tarefas (que não de cuidados) que ocupam preferencialmente o tempo de trabalho dos Fisioterapeutas são a formação interna e a supervisão de estágios.

Tabela 4.4 - Frequência e percentagem de tarefas relativas aos Padrões de Ajuste Individuais

	Tempo para Formação Interna	Tempo para Tarefas de Gestão	Tempo para Grupos de Trabalho	Tempo exclusivo para Estagiários
n	101	54	70	88
Percentagem	52,1	27,8	36,1	45,4

4.1 Tratamento estatístico dos dados para aplicação no WISN

Na Tabela 4.5 apresenta-se a estatística descritiva dos **Padrões de Atividade** (tempo de sessão de tratamento) e a comparação de médias entre os grupos em análise, cujo resultado revelou existirem diferenças significativas entre os grupos ($p=0,002$).

Tabela 4.5 - Estatística descritiva e comparativa dos tempos de sessão em minutos por área de prestação de cuidados

	Cardior-respiratória	Neurológica	Orto traumatológica	p-value One-Way ANOVA
Média ± Desvio Padrão	31,8 ± 10,6	37,6 ± 8,9	31,6 ± 7,1	0,002
Mediana	30	40	30	
Limite Inferior	20	20	20	
Limite Superior	60	60	45	

Posteriormente realizou-se o teste de Tukey para comparações múltiplas, o qual revelou existirem diferenças significativas entre o tempo médio de sessão da área Neurológica e a área Cardiorrespiratória ($p=0,003$) e a área Orto traumatológica ($p=0,016$). Por sua vez, a comparação entre os tempos médios de sessão da área Cardiorrespiratória e da área Orto traumatológica não apresentaram diferenças significativas entre si ($p=0,996$).

Nos Diagramas de extremos e quartis 4.1 a 4.3 apresentam-se os resultados da variável “tempo de sessão” por “unidade de internamento” para cada área de intervenção. Encontra-se realçado, a tracejado, o valor global da mediana da respetiva área de intervenção em análise.

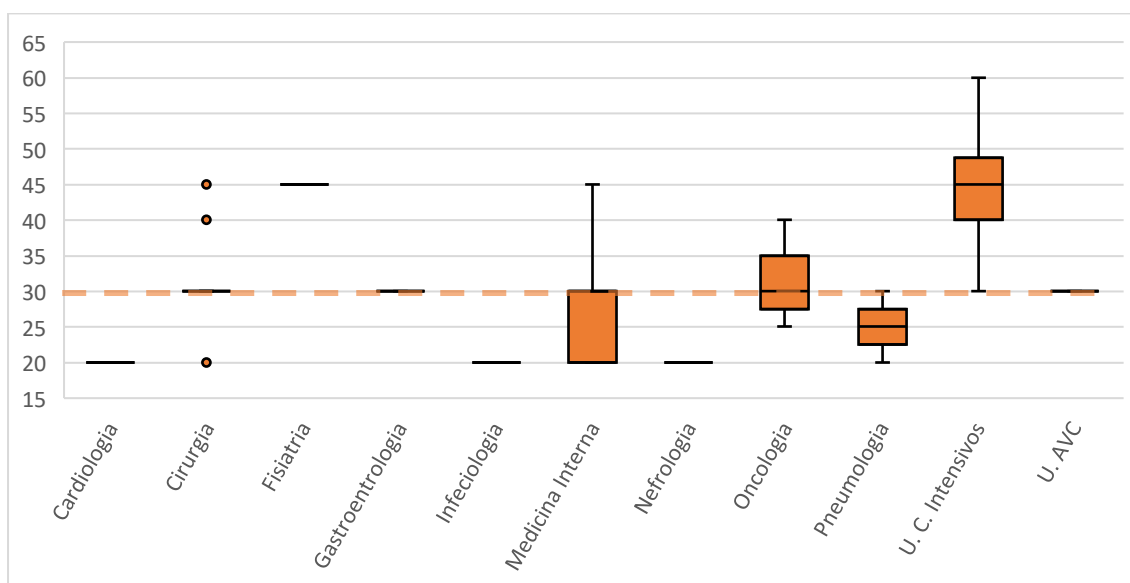


Diagrama 4.1 - Tempo de sessão Cardiorrespiratória (em minutos) por unidade de internamento

O teste de Kruskal-Wallis revelou que os tempos de sessão na área Cardiorrespiratória são estatisticamente diferentes entre as diversas unidades de internamento ($p=0,01$).

Foram realizadas as comparações pelo Método Pairwise que mostrou que o tempo de sessão de cardiorrespiratória na Unidade de Cuidados Intensivos é significativamente superior aos observados nas Unidades de Cardiologia ($p=0,014$), Infeciologia ($p=0,001$), Nefrologia ($p=0,001$), Pneumologia ($p=0,003$), Medicina Interna ($p=0,00$) e Cirurgia ($p=0,005$). Têm também diferença estatisticamente significativa os tempos de sessão entre a unidade de Fisiatria e as unidades de Infeciologia ($p=0,026$) e Nefrologia ($p=0,026$), cujo tempo mais elevado foi observado na unidade de internamento de Fisiatria.

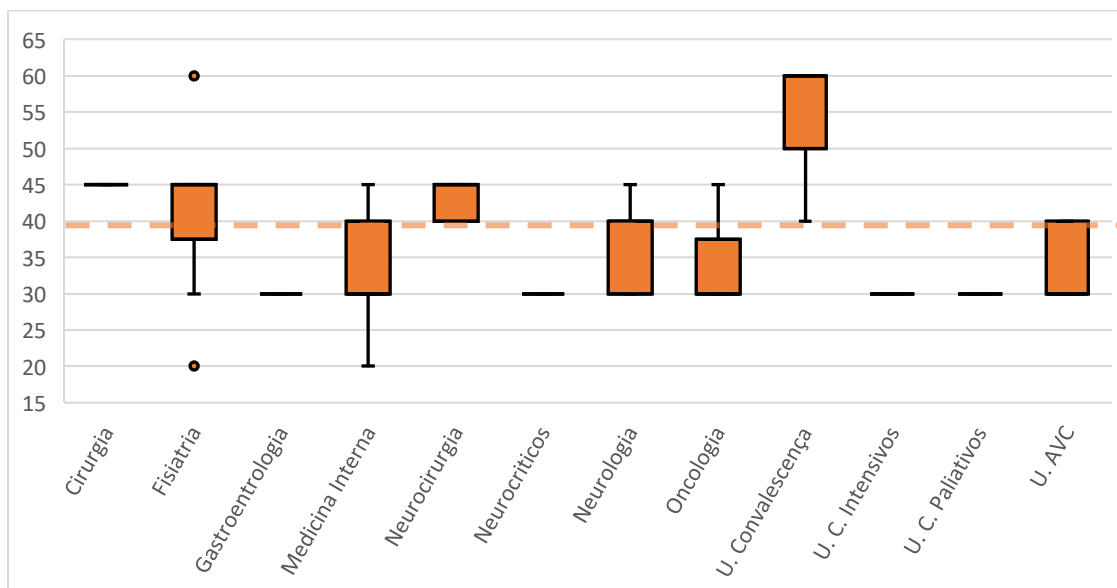


Diagrama 4.2 - Tempo de sessão Neurológica (em minutos) por unidade de internamento

O teste de Kruskal-Wallis mostrou não existirem diferenças estatisticamente significativas nos tempos de sessão na prestação na área neurológica entre as diversas unidades de internamento ($p=0,109$).

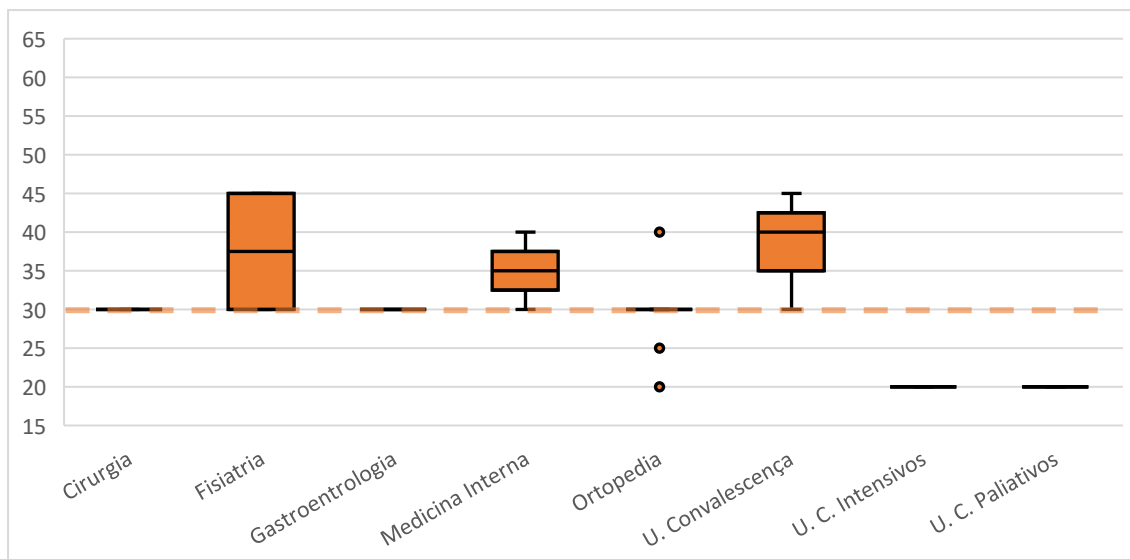


Diagrama 4.3 - Tempo de sessão Orto traumatológica (em minutos) por unidade de internamento

O teste de Kruskal-Wallis revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas nos tempos de sessão na atuação orto-traumatológica entre as diversas unidades de internamento ($p=0,099$).

No caso da Unidade de Internamento de Pediatria, os Fisioterapeutas intervêm nas três áreas de prestação de cuidados. Assim, foi perguntado a cada Fisioterapeuta o tempo de sessão (em minutos) para tratamentos Cardiorrespiratórios, Neurológicos e Orto traumatológicos. O número de respondentes, nesta tipologia de internamento, foi de 12 Fisioterapeutas, sendo que 11 (91,6%) são do género feminino e 1 (8,4%) do género masculino, cujo valor médio da idade revelou ser de $49,9 \pm 8,3$ anos. Na Tabela 4.6 apresenta-se a estatística descritiva dos tempos de sessão em minutos por área de prestação de cuidados em Pediatria e a comparação de médias entre os grupos em análise, cujo resultado revelou existirem diferenças significativas ($p=0,007$).

Tabela 4.6 - Estatística descritiva e comparativa dos tempos de sessão em minutos por área de prestação de cuidados em Pediatria

	Cardior-respiratória	Neurológica	Orto traumatológica	p-value Teste de Kruskal-Wallis
Média \pm Desvio Padrão	24,2 \pm 7,6	39,2 \pm 11,8	30,4 \pm 9,4	0,007
Mediana	30	45	30	
Limite Inferior	10	20	15	
Limite Superior	30	60	45	

Posteriormente realizou-se o teste de Mann-Whitney para verificar as diferenças entre os grupos, o qual revelou haver diferença significativa entre os tempos de sessão das áreas cardiorrespiratória e neurológica ($p=0,004$). Na comparação dos tempos de sessão entre as áreas neurológica e orto traumatológica não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,068$), verificando-se semelhante informação entre os tempos de sessão das áreas cardiorrespiratória e orto traumatológica ($p=0,160$).

O Padrão de Ajuste de Categoria refere-se aos tempos de tarefas que são realizadas por todos os Fisioterapeutas na prestação de cuidados de saúde ($n=151$). Considerou-se um destes padrões a consulta de processos e visitas médicas, que se agruparam por oferecerem informação previamente necessária para o exercício dos cuidados. Os registos e estatística são outro padrão de ajuste de categoria igualmente agrupado, devido ao facto de serem tarefas que concluem a sessão de tratamento.

Na Tabela 4.7 apresenta-se a estatística descritiva relativa aos tempos das tarefas de consulta de processos e visitas médicas por área de prestação de cuidados e a comparação de médias entre os grupos em análise, cujo resultado revelou não existirem diferenças significativas ($p=0,470$).

Tabela 4.7 - Estatística descritiva e comparativa dos tempos para consulta de processos e visitas médicas por área de prestação de cuidados

	Cardior-respiratória	Neurológica	Orto traumatológica	p-value One-Way ANOVA
Média ± Desvio Padrão	35,4 ± 18,4	31,0 ± 20,8	34,3 ± 16,7	0,470
Mediana	30	20	30	
Limite Inferior	10	10	10	
Limite Superior	90	90	70	

Na Tabela 4.8 apresenta-se a estatística descritiva dos tempos para registos e estatística por área de prestação de cuidados, bem como a comparação de médias entre os grupos em análise, cujo resultado revelou não existirem diferenças significativas ($p=0,485$).

Tabela 4.8 - Estatística descritiva e comparativa dos tempos para registos e estatística por área de prestação de cuidados

	Cardior-respiratória	Neurológica	Orto traumatológica	p-value One-Way ANOVA
Média ± Desvio Padrão	35,2 ± 15,9	31,8 ± 16,6	32,1 ± 12,7	0,485
Mediana	30	30	30	
Limite Inferior	10	10	15	
Limite Superior	60	90	60	

Na Tabela 4.9 apresenta-se a estatística descritiva do Padrão de Ajuste Individual que corresponde aos tempos para formação interna, tarefas de gestão, participação em grupos de trabalho e tempo exclusivo para estagiários.

Tabela 4.9 - Estatística descritiva dos tempos para Formação Interna, Tarefas de Gestão, Grupos de Trabalho e Tempo exclusivo para Estagiários

	Tempo para Formação Interna (minutos/mês)	Tempo para Tarefas de Gestão (horas/semana)	Tempo para Grupos de Trabalho (minutos/semana)	Tempo exclusivo para Estagiários (horas/semana)
N	101	54	70	88
Média ± Desvio Padrão	87,6 ± 75,3	2,2 ± 1,8	62,9 ± 45,0	4,0 ± 2,6
Mediana	60	1	60	3
Mínimo	15	1	10	1
Máximo	480	7	180	12

5 Operacionalização do Método WISN

Os valores a utilizar para a operacionalização do método WISN provêm de diversas origens, encontrando-se alguns legislados, sendo outros relativos às estatísticas e registos da unidade de saúde onde este método vai ser efetivado. No início da implementação alguns destes dados podem não estar disponíveis por nunca terem sido coletados, pelo que no Quadro 5.1 apresentamos valores que podem ser utilizados na ferramenta WISN, bem como as suas fontes. É de realçar que todos estes valores podem ser ajustados conforme a especificidade da unidade de saúde.

Quadro 5.1 - Valores sugeridos para a ferramenta WISN e as suas fontes

Etapa 1			
Definir tipo de unidade de saúde e categoria profissional			
Unidade de Saúde	Unidade de internamento Hospitalar		
Categoria Profissional	Fisioterapeutas		
Etapa 2			
Estimativa do Tempo de Trabalho Disponível (TTD)			
Variável	Nome da Variável	Fórmula / Valor	Fonte / Definição
TTD	Tempo Trabalho Disponível	$TTD = [A - (B + C + D + E)] \times F$ (horas/ano)	Tempo que um profissional de saúde tem disponível num ano, para realizar seu trabalho, descontando as ausências previstas
A	número de dias de trabalho possíveis em um ano;	52 semanas X nº de dias de trabalho semanais	
B	número de dias de ausência por feriados num ano;	13 dias	(Lei nº 8/2016, de 1 de Abril DR)
C	número de dias de ausência por férias num ano	sector público - 22 dias (acresce 1 dia por cada 10 anos de serviço) sector privado – mínimo 22 dias	(Lei nº 35/2014, de 20 de Junho DR) (Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro DR)
D	número de dias de ausência por baixa médica num ano	8 dias	Valores disponíveis no portal da transparência do SNS. Total de dias de ausência por doença* / número total de trabalhadores do SNS (2019) <u>média de dias de ausência por trabalhador:</u> (9648908/1237279=7,798)

			*apenas estão disponíveis valores globais não separados por grupo profissional (SNS, 2019b) (SNS, 2019a)
E	número de dias de ausência por formação num ano	15 dias	(Decreto-Lei nº 110/2017, de 31 de Agosto DR; Decreto-Lei nº 111/2017, de 31 de Agosto DR)
F	número de horas trabalhadas por dia	7h (período normal)	(Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho DR)

Etapa 3

Identificar e definir os componentes da Carga de Trabalho para as diversas Atividades

Intervenções ou atividades mais importantes no dia a dia de um profissional de saúde

- Atividade de Cuidados de Saúde:
 - Sessão de Fisioterapia na área Cardiorrespiratória
 - Sessão de Fisioterapia na área Orto-Traumatológica
 - Sessão de Fisioterapia na área Neurológica
- Atividades de apoio
 - Exemplo: consulta de processos clínicos, visitas médicas, registos/estatística
- Atividades adicionais
 - Exemplo: formação interna, orientação de estágios, grupos de trabalho

Etapa 4

Determinar os Padrões de Atividade (PA), isto é, o tempo médio ou a mediana para os componentes da Carga de Trabalho

Grupo de Atividades	Valor da variável
Atividade de Cuidados de Saúde (Padrão de atividade - PA)	Fisioterapia em adultos: <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de sessão Cardiorrespiratória: 40 min • Tempo de sessão Neurológica: 30 min • Tempo de sessão Orto traumatológica: 40 min Fisioterapia pediátrica <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de sessão Cardiorrespiratória: 30 min • Tempo de sessão Neurológica: 30 min • Tempo de sessão Orto traumatológica: 30 min
Atividades de apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de Consulta de processos / visitas médicas: 30 min • Tempo de Registos / estatística: 30 min
Atividades adicionais	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo de Formação interna: 60 min/mês • Tempo de Tarefas de gestão: 1 h/semana • Tempo Grupos de trabalho: 60 min/semana • Tempo de Orientação de estágios: 3 h/semana

Etapa 5

Estabelecer Cargas de Trabalho Padrão (CTP) usando a taxa de trabalho (TT) que é determinada através dos Padrões de Atividade (PA)

Variável	Nome da Variável	Fórmula	Definição
TT	Taxa de Trabalho	$TT = 60 \text{ min} / PA$	Número de sessões que podem ser realizadas por hora
CTP	Carga de Trabalho Padrão	$CTP = TT \times TTD \text{ (doentes/ano)}$	Número de sessões que podem ser realizadas num ano

Etapa 6

Cálculo dos Fatores de Ajuste

Variável	Nome da Variável	Fórmula	Definição
PAC	Padrão de Ajuste de Categoria	$PAC = (\text{horas anuais gastas na atividade de apoio} / \text{TTD anual}) \times 100$ (% do TTD)	Refere-se a atividade de apoio realizadas por todos os elementos da categoria profissional, mas sobre as quais não são realizados registos estatísticos consistentes.
FAC	Fator de Ajuste de Categoria	$FAC = 1 / [1 - (PAC \text{ total} / 100)]$	
PAI	Padrão de Ajuste Individual	soma dos tempos, em horas por ano, gastos na execução das atividades adicionais	Refere-se a atividades adicionais realizadas apenas por alguns elementos da categoria profissional sem que sejam realizados registos estatísticos consistentes.
FAI	Fator de Ajuste Individual	$FAI = (PAI \text{ anual} / \text{TTD anual})$	

Etapa 7

Dimensionar as necessidades de recursos humanos com base no método WISN

Variável	Nome da Variável	Fonte / Fórmula	Definição
CTA	Carga de Trabalho Anual	Obtém-se em registos estatísticos	Número de sessões que deveriam ter sido realizadas no ano anterior para cada componente da carga de trabalho
NPCCT	Número de Profissionais por componente da carga de trabalho	$NPCCT = CTP / CTA$	Número de profissionais necessários para realizar cada componente das atividades de cuidados de saúde
TPAS	Total de Profissionais para Atividades de Saúde	$TPAS = \sum NPCCT$	Soma do NPCCT para todas as componentes da carga de trabalho, indicando o total de profissionais para atividades de saúde
NTPN	Número Total de Profissionais Necessários	$NTPN = TPAS \times FAC + FAI$	Número de profissionais necessários para realizar todas as atividades de saúde, de

Etapa 8

Análise e interpretação dos dados do método WISN

Tipo de análise	Fórmula	Definição
Diferença:	$NPE - NTPN$	Número de Profissionais Existente (NPE) menos o Número Total de Profissionais Necessários (NTPN)
Rácio (Pressão de Trabalho – PT)	$PT = NPE / NTPN$	Número de Profissionais Existente (NPE) a dividir pelo Número Total de Profissionais Necessários (NTPN)

Namaganda et al., em 2022, num estudo sobre a implementação do método WISN, apresenta as suas fases de implementação como “fáceis”, no entanto ao longo do estudo refere dificuldades que se podem sentir, como mostra o Quadro 5.2 (Namaganda et al., 2022).

Quadro 5.2 - Grau de praticabilidade e potenciais dificuldades no processo de implementação de cada etapa técnica do WISN

Etapa	Grau de praticabilidade	Principais dificuldades
Determinar tipos de unidades de saúde e profissionais	Fácil	Nenhuma
Estimar o tempo de trabalho disponível	Fácil	Dados inadequados sobre ausências de pessoal. TTD real inferior ao do WISN devido ao atraso e ao absentismo não oficial.
Definir componentes de carga de trabalho	Fácil	A mudança e a partilha de tarefas complicam o processo. Dificuldade em obter consenso sobre os principais componentes da carga de trabalho a incluir.
Estabelecer padrões de atividade	Fácil	O processo leva muito tempo. Depender apenas de discussões de grupos de especialistas para definir padrões de atividade é subjetivo Devido à mudança de tarefas, os especialistas tendem a definir padrões de atividade para o que a equipa está a fazer atualmente e não para o que deveria estar a fazer.
Estabelecer cargas de trabalho padrão	Fácil	Nenhuma
Cálculo dos Fatores de Ajuste	Fácil / Médio	Explicar o conceito da FAC é difícil e a fórmula da FAC é intimidante
Dimensionar as necessidades de recursos humanos	Fácil	Dados de baixa qualidade – dados ausentes, incompletos ou de difícil acesso. Diferentes sistemas de dados e formatos de relatórios em cada sistema. O processo de coleta de dados é demorado.
Análise e interpretação de resultados WISN	Fácil	Garantir que os resultados sejam aceites e implementados é difícil. A falta de políticas que apoiem o uso de WISN é uma barreira importante.

Os cálculos matemáticos necessários para o uso do método WISN são suficientemente simples para poderem ser realizados manualmente. No Manual do Utilizador WISN é apresentada um quadro resumo de forma a facilitar esses mesmos

cálculos. O Quadro 5.3 é uma possível tabela de cálculo adaptada à Fisioterapia, onde se incluíram alguns exemplos de componentes de carga de trabalho.

Quadro 5.3 - Quadro de cálculos WISN com exemplos de componentes de carga de trabalho

Categoria Profissional: Fisioterapeuta				
TTD - Tempo Trabalho Disponível				
Atividade de cuidados de saúde	Componentes Carga Trabalho	CTA	CTP	NPCCT
	Sessão neurológica			
	Sessão cardiorrespiratória			
	Sessão orto-traumatológica			
Total de Profissionais para Atividades de Saúde (TPAS)				
Atividade de suporte	Componentes Carga Trabalho	PA		PAC
	Consulta de processos / visita médica			
	Registos / Estatística			
PAC TOTAL (%)				
FAC = 1 / [1 - (PAC total / 100)]				
Atividade de apoio	Componentes Carga Trabalho	Número de Profissionais que realiza essa atividade	PA	PAI
	Supervisão de estágios			
	Atividades de gestão			
	Formação interna			
	Grupos de Trabalho			
PAI TOTAL (horas)				
FAI = (PAI anual / TTD anual)				
Número Total Profissionais Necessários = TPAS x FAC + FAI				

5.1 Operacionalização com o Software WISN

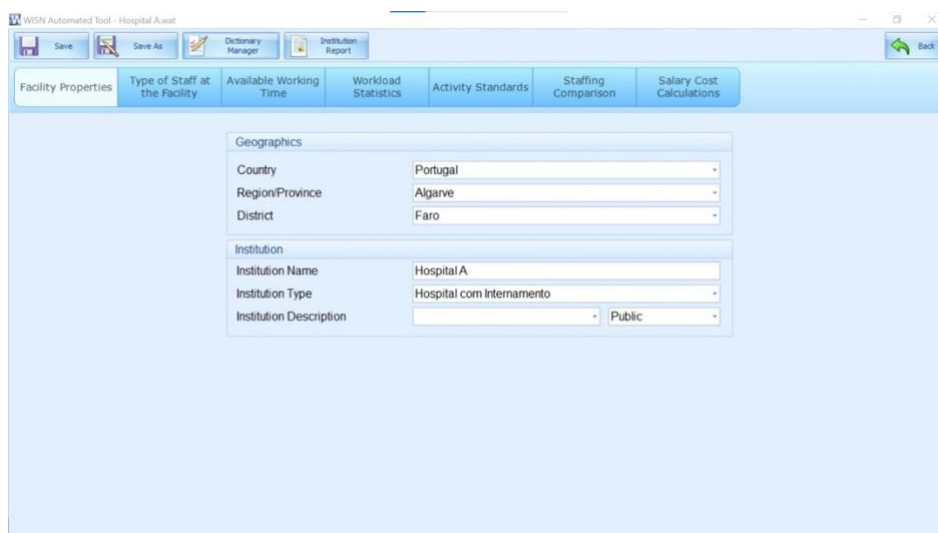
Devido à sua relativa simplicidade, a metodologia WISN tem sido amplamente utilizada para informar as decisões relativamente às necessidades de recursos humanos, especialmente desde a sua informatização em 2010 (Tomblin Murphy et al., 2016).

A OMS disponibiliza o software WISN, que é um programa desenvolvido para registar, analisar e apresentar dados relacionados com a situação e necessidades de recursos humanos nas unidades de saúde.

O software é de utilização fácil, mas existe a necessidade de que o utilizador já esteja familiarizado com os termos, conceitos e métodos apresentados no “Manual do Usuário WISN”. Este documento deve ser cuidadosamente estudado antes de se começar a usar o software.

Está disponível um guia do utilizador que fornece uma visão geral dos recursos do aplicativo e instruções passo a passo, para preencher os diversos campos de dados, e gerar relatórios sobre as necessidades de recursos humanos.

Seguidamente, da Figura 5.1 a 5.7, apresentamos os principais campos a preencher no software WISN, de forma a gerar um relatório da instituição tal como se mostra na Figura 5.8.



The screenshot displays the 'WISN Automated Tool - Hospital A.wat' window. The 'Facility Properties' tab is active, showing a form with the following fields:

Geographics	
Country	Portugal
Region/Province	Algarve
District	Faro

Institution	
Institution Name	Hospital A
Institution Type	Hospital com Internamento
Institution Description	Public

Figura 5.1 - Definição do tipo de unidade de saúde no software WISN

WISN Automated Tool - Hospital Awat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff	No of Working Days		No of Non Working Days					Total					
	Working Days Per Week	Working Hours Per Day	Annual Leave	Public Holidays	Sick Leave	Special No Notice Leave	Training Days Per Year	Non-Working Days	Non-Working Weeks	Working Weeks	Working Days	No of Hours	
Fisioterapeuta Med. Int.	5	7	22	13	8		15	58	11.6	40.4	202	1,414	Apply to all
Fisioterapeuta MRF	5	7	22	13	8		15	58	11.6	40.4	202	1,414	Apply to all
Fisioterapeuta UAVC	5	7	22	13	8		15	58	11.6	40.4	202	1,414	Apply to all

Figura 5.2 - Determinação do Tempo de Trabalho Disponível no software WISN

WISN Automated Tool - Hospital Awat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

- Medicina Interna
 - Fisioterapeuta Med. Int.
 - MFR
 - Fisioterapeuta MRF
 - Unidade de AVC
 - Fisioterapeuta UAVC

Medicina Interna - Fisioterapeuta Med. Int. Total staff requirement: 0.93

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
Sessão de Fisioterapia Cardiorrespiratória		30 min/patient	2,828	0.28
Sessão de Fisioterapia Neurológica		40 min/patient	2,121	0.47
Sessão de Fisioterapia Orto traumatológica		30 min/patient	2,828	0.18

Staff required based on activities related to service statistics: 0.93

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Value	Unit	CAS (% of

Total CAS (%): 0 CAF: 1

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of staff	Value	Unit	Annual

Total IAS (hours): 0 IAF: 0

Figura 5.3 - Atribuição dos Padrões de Atividade no software WISN

WISN Automated Tool - Hospital Awat

Save Save As Dictionary Manager Institution Report Back

Facility Properties Type of Staff at the Facility Available Working Time Workload Statistics Activity Standards Staffing Comparison Salary Cost Calculations

Type of Staff

- Medicina Interna
 - Fisioterapeuta Med. Int.
 - MFR
 - Fisioterapeuta MRF
 - Unidade de AVC
 - Fisioterapeuta UAVC

Category Allowance Standard (CAS)

Activity	CAS in actual working time	Unit	CAS (% of work time)
Medicina Interna			
Fisioterapeuta Med. Int.			
Visitas médicas / consulta de pr...		30 mins/day	7.14
Registros / Estatística		30 mins/day	7.14
MFR			
Fisioterapeuta MRF			
Registros / Estatística		30 mins/day	7.14
Visitas médicas / consulta de pr...		30 mins/day	7.14
Unidade de AVC			
Fisioterapeuta UAVC			
Registros / Estatística		30 mins/day	7.14
Visitas médicas / consulta de pr...		30 mins/day	7.14

Total CAS (%): 14.28 CAF: 1.17

Salary Cost Calculations

Total staff requirement: 1.45

Standard Workload	Calculated Requirement
2,828	0.35
2,121	0.71
2,828	0.02

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of staff	Value	Unit	Annual
na	1	1	hours/month	12
gest	1	1	hours/week	52
alho	1	1	hours/week	52
está	1	3	hours/week	156

Total IAS (hours): 272 IAF: 0.19

Figura 5.4 - Fatores de Ajuste de Categoria no software WISN

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of staff allocated	IAS in actual working time(per person)		Annual IAS (hours)
		Value	Unit	
Medicina Interna				
Fisioterapeuta Med. Int.				
Formação interna	1	1	1 hours/month	12
Grupos de trabalho	1	1	1 hours/week	52
Supervisão de estágios	1	6	6 hours/week	312
MFR				
Fisioterapeuta MRF				
Formação interna	1	1	1 hours/month	12
Actividades de gestão	1	2	2 hours/week	104
Grupos de trabalho	1	1	1 hours/week	52
Unidade de AVC				
Fisioterapeuta UAVC				
Formação interna	1	1	1 hours/month	12
Actividades de gestão	1	1	1 hours/week	52
Grupos de trabalho	1	1	1 hours/week	52
Supervisão de estágios	1	6	6 hours/week	312

Total CAS (%): 14.28 CAF: 1.17 Total IAS (hours): 428 IAF: 0.3

Figura 5.5 - Fatores de Ajuste Individuais no software WISN

MFR - Fisioterapeuta MRF Total staff requirement: 1.45

Activities Related With Service Statistics

Activity	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Primary Activities				
Sessão de Fisioterapia Cardiopulmonar		30 min/patient	2,828	0.35
Sessão de Fisioterapia Neurológica		40 min/patient	2,121	0.71
Sessão de Fisioterapia Orto traumática		30 min/patient	2,828	0.02

Staff required based on activities related to service statistics: 1.08

Activities Not Related With Service Statistics

Activity	Value	Unit	CAS (% of)
Registos / Estatística	30 mins/day		7.14
Visitas médicas / consult...	30 mins/day		7.14

Activity	No of staff	Value	Unit	Annual
Formação interna	1	1	1 hours/month	12
Actividades de gest...	1	1	1 hours/week	52
Grupos de trabalho	1	1	1 hours/week	52
Supervisão de está...	1	3	3 hours/week	156

Total CAS (%): 14.28 CAF: 1.17 Total IAS (hours): 272 IAF: 0.19

Figura 5.6 - Número Total Profissionais Necessários

Type of Staff	A Existing Staff	B Calculated Requirement	C Difference in Staff (A-B)	D WISN Ratio (A/B)
Fisioterapeuta Med. Int.	2	3	-0.86	0.70
Fisioterapeuta MRF	1	2	-0.37	0.73
Fisioterapeuta UAVC	1	1	0.16	1.19

Figura 5.7 - Comparação entre o número de profissionais existente e o número de profissionais necessários, a sua diferença e o rácio WISN

Institution Full Report

Hospital A

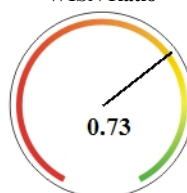
Institution Type: Hospital com Internamento **Country:** Portugal
Institution Description: **Region/Province:** Algarve
Property: Public **District:** Faro

MF

Fisioterapeuta MRF

Available Working Time	
Working Days Per Week	5
Working Hours Per Day	7
Annual Leave	22
Public Holidays	13
Sick Leave	8
Special No Notice Leave	0
Training Days Per Year	15
Non - Working Days	58
Non - Working Weeks	11.6
Working Days	202
Working Weeks	40.4
No of Hours	1,414

WISN Ratio



Existing Staff	Annual Salary	Total staff requirement	Difference in Staff
1	0	1.37	-0.37

Total Salary Cost	"True" Cost	Difference
0	0	0

Activities Related With Service Statistics

Activity name	No Per Year	Service Standard	Unit	Standard Workload	Calculated Requirement
Sessão de Fisioterapia Cardiorrespiratória	1,000	30	min/patient	2,828.00	0.35
Sessão de Fisioterapia Neurológica	1,500	40	min/patient	2,121.00	0.71
Sessão de Fisioterapia Orto traumatológica	50	30	min/patient	2,828.00	0.02

Activities Not Related With Service Statistics

Category Allowance Standard (CAS)

Activity	Workload	Unit	Service Standard
Registos / Estatística	30	mins / day	0.07
Visitas médicas / consulta de processos	30	mins / day	0.07
Total category allowance			0.14
CAF			1.17

Individual Allowance Standard (IAS)

Activity	No of Staff	Workload	Unit	Service Standard
Actividades de gestão	1	2	hours / week	104
Formação interna	1	1	hours / month	12
Grupos de trabalho	1	1	hours / week	52
Total individual allowance				168
IAF				0.12

Figura 5.8 - Exemplo de relatório obtido com o software WISN respeitante a uma unidade de internamento

6 DISCUSSÃO

Diversas organizações e autores, ao longo do tempo, destacaram a importância dos recursos humanos para promover e melhorar todas as dimensões da qualidade dos serviços de saúde. Vários fatores influenciam a quantificação e alocação correta destes profissionais, sendo a determinação adequada da força de trabalho adequada, uma preocupação permanente e atual dos gestores em saúde.

Ao realizar este estudo foram contactadas associações de Fisioterapeutas de vários países, no sentido de conhecer se havia algum sistema ou método estruturado e sistematizado para este procedimento. De todas as respostas recebidas, apenas a da World Physiotherapy sugeria o uso de uma metodologia não específica, mas aplicável a todas as profissões de saúde: o método WISN. Assim, optou-se por usar este método porque considera o tempo necessário para a realização de cada componente da carga de trabalho (Padrão de Atividade) de cada profissão de saúde e tem em conta o tempo gasto na realização de tarefas de suporte e tarefas de apoio realizadas pelos profissionais (Padrões de Ajuste). A literatura encontrada sobre a aplicação do método WISN, o qual existe há mais de 20 anos, é predominantemente oriunda de países do continente africano, asiático e sul-americano, tendo pouca expressão na Europa, provavelmente por ter sido criado inicialmente a pensar em países de baixo e médio rendimento, cujos sistemas de saúde eram pouco desenvolvidos ou pouco estruturados (Nyoni et al., 2016). No entanto, os estudos referidos revelam tratar-se de um método de grande eficácia na melhoria da qualidade dos sistemas de saúde.

No inquérito realizado foi questionado aos coordenadores e subcoordenadores se utilizavam alguma ferramenta ou metodologia para quantificar os recursos humanos necessários para o seu serviço. Houve poucas respostas a esta questão e as existentes referiam-se a ferramentas ou métodos que dão informação indireta e parcial sobre a carga de trabalho, não permitindo uma sistematização no processo de tomada de decisão e gestão dos recursos humanos. Esta observação está de acordo com o referido anteriormente, acerca da restrita utilização de metodologias estruturadas de alocação dos recursos humanos, não havendo referência à aplicação do método WISN.

Tendo em conta que o principal propósito da presente investigação – dimensionar a dotação efetiva e eficaz na prestação de cuidados de Fisioterapia, em internamento hospitalar – serão de seguida analisadas as variáveis que compõem a fórmula da metodologia WISN.

Para determinar o Tempo de Trabalho Disponível, alguns dos valores encontram-se legislados (vide capítulo 2.2.3.2) mas foi necessário determinar o número

de dias de ausência por baixa médica, por ano. Para os Fisioterapeutas este apuramento não está calculado, no entanto, sugerimos a aplicação de 8 dias de ausência por baixa médica. Este valor foi obtido através da divisão do total de dias de ausência por doença pelo número total de trabalhadores do SNS em 2019. Estes dados estão disponíveis no Portal da Transparência do SNS, sendo valores globais não separados por grupo profissional (SNS, 2019a, 2019b). Num estudo brasileiro realizado por Silva, em 2020, envolvendo todas as categorias profissionais de um hospital, foi determinado que o número de dias de ausência por baixa médica, para Fisioterapeutas, era de 7 dias anuais, valor próximo daquele por nós obtido.

Para o cálculo do Tempo de Trabalho Disponível é necessário ter em conta o número de horas de trabalho por dia. Este valor é o número de horas em que o Fisioterapeuta trabalha na unidade de internamento, podendo ou não coincidir com a sua carga horária diária.

Os padrões de atividade e de ajuste, relativos ao trabalho dos Fisioterapeutas que prestam serviços de saúde em unidades de internamento hospitalar, foram determinados através de inquérito aos profissionais e baseados na sua experiência. Estes valores não são vinculativos e poderão ser adaptados pelos Coordenadores à realidade e especificidade de cada unidade de internamento, tendo sempre como base o método WISN.

Neste estudo, uma sessão de tratamento foi definida como todas as atividades desempenhadas na prestação de cuidados de saúde. Os componentes da carga de trabalho, considerados em atividades de cuidados de saúde, foram sessões de tratamento nas áreas Cardiorrespiratória, Neurológica e Orto traumatológica. Os componentes da carga de trabalho para as atividades de suporte foram definidos como a consulta de processos / visita médica e registos / estatística. Para as atividades de apoio definimos como componentes da carga de trabalho a formação interna, as atividades de gestão, os grupos de trabalho e a supervisão de estágios.

Os nossos resultados revelaram-se sobreponíveis aos do estudo realizado na Indonésia por Susy et al em 2020, onde o método de obtenção dos padrões de atividade foi também um questionário aos Fisioterapeutas, sendo que a nossa amostra é consideravelmente maior. Podemos considerar que há uma grande semelhança nos resultados obtidos, que foram em média, em Portugal, de 31,8, 37,6 e 31,6 minutos e, no estudo referido anteriormente, 35, 40, 25 minutos, respetivamente, para as áreas de intervenção Cardiorrespiratória, Neurológica e Orto traumatológica respetivamente.

Constatamos que os tempos de sessão respeitantes a cada área de intervenção podem variar entre unidades de internamento, sendo esta variação justificada pela complexidade das tarefas. Alguns autores, corroboram esta ideia, mostrando que

fatores como a complexidade das tarefas específicas de cada unidade, a gravidade e complexidade dos doentes, as necessidades individuais e objetivos de tratamentos e as especificidades dos doentes, podem afetar o tempo de sessão de Fisioterapia (Natale et al., 2009) (National Guideline Centre, 2018)(Todhunter-Brown et al., 2014)

Na área Cardiorrespiratória, a Unidade de Cuidados Intensivos, é a que necessita de maior tempo de sessão de Fisioterapia. Os doentes internados nesta unidade têm muitas vezes falência multiorgânica, vários dispositivos médicos de suporte e são tratados por uma equipa multidisciplinar, sendo que todos estes fatores contribuem para o aumento da complexidade e conseqüentemente do tempo da intervenção do Fisioterapeuta. A Unidade de Convalescença é onde o tempo de sessão de Fisioterapia é maior na área Neurológica. Nesta unidade, os doentes encontram-se em fase subaguda, estando em forte atividade neuro-regenerativa e que podem beneficiar de sessões mais longas de Fisioterapia (NICE, 2023). Dos doentes que necessitam de cuidados na área Orto traumatológica, os internados em Fisioterapia, são os que necessitam de mais tempo numa sessão de Fisioterapia, pois nesta unidade de internamento os doentes já transitaram da fase aguda e como tal conseguem realizar sessões de tratamentos mais diversificadas, multimodais e prolongadas.

Os cuidados de saúde prestados na unidade de internamento de Pediatria, foram tratados separadamente por os considerarmos especialmente complexos, uma vez que o Fisioterapeuta deve ter em atenção mais fatores durante a sessão de Fisioterapia, nomeadamente a adaptação da sessão à fase de neuro desenvolvimento em que o doente se encontra. A motivação dos doentes pediátricos é diferente da de um adulto, sendo necessário recorrer a estratégias motivacionais, tais como atividades lúdicas, que ajudam a atingir os objetivos, aumentar o envolvimento e o desempenho motor das crianças, promovendo ganhos funcionais significativos, sendo que o recurso lúdico pode ser considerado uma ferramenta terapêutica valiosa(Nordström et al., 2023). A presença dos pais, no tratamento de Fisioterapia, pode ajudar a criança a sentir mais segurança e conforto durante o tratamento, sendo possível ao Fisioterapeuta esclarecer dúvidas, fazer ensinamentos que contribuem para a continuidade do tratamento e gerir a ansiedade própria da situação (Schenkel et al., 2013) (Palhavã, 2020) (Ribeiro Santos & Matos Santos, 2023). Frequentemente os Fisioterapeutas, que prestam cuidados em unidades de internamento pediátrico, fazem-no nas três áreas de intervenção consideradas, razão pela qual, no inquérito realizado neste estudo, os respondentes que desempenham funções nesta unidade foram questionados sobre os tempos de sessão nas áreas Cardiorrespiratória, Neurológica e Orto traumatológica. Os tempos de sessão de Fisioterapia na unidade de internamento de Pediatria foram, em média de 24,2, 39,2 e 30,4 minutos, respetivamente. Na nossa pesquisa não foram encontrados estudos sobre

o uso do método WISN para Fisioterapia pediátrica, pelo que não nos é possível comparar os valores identificados. No entanto, confrontando os padrões de atividade da unidade de internamento de Pediatria com as de adultos, não se verificaram diferenças significativas. Contudo, deve ter-se em consideração que as crianças não conseguem manter a atenção na mesma atividade tanto tempo como um adulto, logo o tempo exclusivo para a atividade terapêutica é menor, apesar do tempo de sessão com todas as atividades envolvidas ser ligeiramente superior.

A inclusão das atividades de suporte e de apoio na quantificação de recursos humanos através do método WISN constitui um aspeto novo. Estas atividades são geralmente referidas pelos profissionais de campo como consumidoras de tempo de trabalho, mas que não pode ser contabilizado, pois carecem de registos formais, não sendo possível muitas vezes, a quantificação dos tempos necessários para as mesmas (Bonfim et al., 2016).

As atividades de suporte tidas em conta foram: consulta de processos / visitas médicas e registos / estatística, no entanto, podem ser consideradas pelos Coordenadores outras atividades que sejam realizadas por todos os elementos da equipa, como por exemplo reuniões de serviço, desde que seja possível determinar a sua duração. Os valores obtidos para as médias do tempo necessário para a realização da atividade de consulta de processos / visitas médicas foram respetivamente de 35,4, 31,0 e 34,3 minutos para as áreas de prestação de cuidados Cardiorrespiratória, Neurológica e Orto traumatológica, sem que se tenha verificado uma diferença estatisticamente significativa entre eles. No caso da atividade registos / estatística, os valores médios obtidos foram de 35,2, 31,8 e 32,1 minutos, não se observando também uma diferença estatisticamente significativa entre as diferentes áreas de intervenção.

As atividades de apoio incluídas neste estudo foram: formação interna, tarefas de gestão, grupos de trabalho e supervisão de estágios. Como acontece com as atividades de suporte, podem ser consideradas pelos Coordenadores outras atividades de apoio que sejam realizadas por alguns elementos da equipa, desde que seja possível determinar a sua duração. Estas atividades podem ser realizadas por qualquer Fisioterapeuta, de qualquer área de intervenção a prestar serviço em qualquer unidade de internamento, o que leva a diferentes números de respondentes para cada uma destas atividades. Por exemplo, se um serviço de Fisioterapia for muito pequeno pode não fazer sentido uma formação interna estruturada, o que justifica um número de respondentes a esta questão diferente do seu total. Também as tarefas de gestão são delegadas pelo Coordenador a apenas a alguns elementos da equipa, assim como a participação em grupos de trabalho está relacionada com as áreas de interesse profissional de cada Fisioterapeuta e ainda a orientação de estagiários depender da

atribuição da tarefa por parte do Coordenador e da aceitação desta, por parte do Fisioterapeuta. Desta forma, através da análise das respostas chegou-se às médias dos tempos necessários para as tarefas de apoio, sendo 87,6 minutos por mês para a formação interna, 2,2 horas por semana para tarefas de gestão, 62,9 minutos por semana para grupos de trabalho e 4 horas semanais para apoio a estagiários. Realçamos que estes valores pretendem ser orientadores e não têm carácter vinculativo, podendo ser adaptados pelos Coordenadores consoante o tipo de unidade de saúde e o contexto. Assim se uma unidade hospitalar estiver em processo de certificação de qualidade é possível que os tempos despendidos em grupos de trabalho e tarefas de gestão sejam maiores; por sua vez num hospital universitário os profissionais poderão necessitar de mais tempo para supervisão de estágios e para formação interna.

É de notar que os valores recolhidos para os Padrões de Atividade e de Ajuste podem ter unidades diferentes e que para a sua utilização no WISN é necessária a sua conversão numa única unidade para se efetuar os cálculos manualmente, por exemplo todos os valores em minutos por semana ou horas por mês. O software WISN permite escolher as unidades de entrada, mesmo que sejam diferentes entre tarefas, não havendo necessidade de se realizar a conversão, facilitando assim todo o processo.

Para dimensionar as necessidades de recursos humanos com base no método WISN, vamos utilizar os valores a que nos referimos anteriormente com informação obtida em registos estatísticos sobre Carga de Trabalho Anual. O Manual do Utilizador WISN não diz especificamente que tipo de registos devem ser utilizados. Refere que devem ser as estatísticas anuais do trabalho, no ano anterior, para cada unidade, mas posteriormente menciona a possibilidade de prever Cargas de Trabalho no sentido de dimensionar equipas para fazer face às necessidades.(WHO, 2010b). Desta forma, pode acontecer que as solicitações dos serviços possam exceder a capacidade da equipa, ficando doentes por tratar. De acordo com esta possibilidade, somos da opinião que os registos a usar para as Cargas de Trabalho Anual devem ter em conta o número de doentes internados com pedido de programa de Fisioterapia, independentemente da sua realização, ou não. Se apenas registarmos as sessões realizadas, no final apenas vamos calcular as necessidades de profissionais para o mesmo número de sessões, mas efetuadas com o Padrão de Atividade correto. No entanto, se os registos forem estabelecidos com base no número de pedidos de programas de Fisioterapia vamos obter o número de profissionais capazes de dar resposta à totalidade das solicitações mantendo os Padrões de Atividade corretos. Estes registos devem ser realizados com a maior frequência possível, sendo o ideal diariamente, de forma a que os resultados

obtidos na metodologia WISN sejam realistas. No Apêndice 2 apresentamos a tabela tipo que sugerimos para a recolha de dados de carga de trabalho.

Apesar de os cálculos matemáticos necessários para o uso do método WISN serem simples e o uso do software os simplificar ainda mais, sugerimos que os valores usados para os padrões de atividade de saúde, de suporte e de apoio sejam as medianas, uma vez que são múltiplos de 10, sendo mais convenientes em cálculos para reduzir a complexidade da fórmula, tornando-a mais compreensível e fácil de implementar. As medianas são estatisticamente robustas, não estando sujeitas à influência dos extremos da amostra. Os diversos padrões de atividade de saúde, de suporte e de apoio estão sugeridos no Quadro 5.1, referente à operacionalização do método WISN.

O processo de implementação do WISN pode revelar a necessidade de revisão das ferramentas de recolha de dados dos serviços, nas unidades de saúde. As estatísticas utilizadas no estudo WISN são úteis para orientar a padronização das ferramentas de recolha de dados, facilitando a análise e comparação entre os mesmos.

Em suma, podemos dizer que o Método WISN se apresenta como uma ferramenta exequível para a correta alocação de recursos humanos contribuindo de modo sequencial para a qualidade e segurança na prestação de cuidados de Fisioterapia em unidades de internamento hospitalar.

7 CONCLUSÕES

Um dos grandes desafios da atualidade é a sustentabilidade dos sistemas de saúde. É necessário fundamentar as decisões para uma boa gestão tanto de recursos materiais como humanos, de modo a encarar a crescente procura de cuidados de saúde, mantendo a qualidade dos mesmos e a segurança dos doentes.

Não existindo uma ferramenta específica, sistemática e uniforme para a quantificação de recursos humanos em Fisioterapia, o método WISN apresenta-se como um instrumento adaptável a qualquer profissão da saúde e a qualquer nível de decisão, sendo procedente e recomendado pela OMS.

O método WISN é facilmente aplicável à Fisioterapia uma vez que é possível identificar os componentes da carga de trabalho dos Fisioterapeutas e os Padrões de Atividade são quantificáveis. O diferencial deste método, em relação às formas tradicionais de quantificação de recursos humanos, é ter em conta atividades que, normalmente são realizadas, mas não são registadas nem quantificadas. Assim o resultado obtido, ou seja, o número necessário de Fisioterapeutas, é mais realista e adequado. Ao assegurar uma dimensão adequada da equipa, além de promover o aumento da qualidade dos serviços e a segurança dos doentes, também fomenta o bem-estar dos profissionais.

Neste estudo descrevemos as fases de aplicação do método WISN, a sua operacionalização e as fórmulas matemáticas a ele inerente. Os cálculos matemáticos necessários são suficientemente simples para poderem ser realizados manualmente, no entanto, a existência de um software WISN, em que apenas se introduzem os dados relativos às variáveis, facilita a sua aplicação. Recomendamos um conhecimento prévio do manual de utilizador do método WISN, de forma a familiarizar-se com os conceitos desta metodologia e posteriormente o uso do software para a aplicar.

As variáveis necessárias para a obtenção do tempo de trabalho disponível, podem ser obtidas a partir de legislação ou regulamentação específica. No entanto, a obtenção desses dados pode não ser tão direta, havendo necessidade de nos mantermos atualizados em relação à legislação em vigor. No capítulo 5 encontra-se explícita a legislação proposta para obtenção destas variáveis.

Os valores relativos aos padrões de atividade, sugeridos neste trabalho, foram obtidos através da análise estatística dos dados recolhidos num inquérito aos fisioterapeutas a trabalhar em internamento hospitalar em Portugal, tendo por base a sua experiência profissional.

É possível que os valores de carga de trabalho sejam os mais delicados de obter, visto que dependem de registos retrospectivos que podem não responder às necessidades do método WISN. Em alguns trabalhos consultados esta etapa foi considerada a mais trabalhosa, suscetível de ter falhas e demorada devido ao facto da origem dos dados ser de baixa qualidade, provenientes de diferentes bases de dados e formatos de relatórios em cada sistema, o que pode dificultar a obtenção de registos precisos e abrangentes da carga de trabalho.

Podemos considerar o método WISN como uma ferramenta de quantificação de recursos humanos que permite perceber a diferença entre o número de profissionais necessários e os existentes para uma determinada carga de trabalho. Para além disso revela a pressão de trabalho no serviço de saúde onde é aplicado. Esta metodologia, por si só, não representa uma solução para o problema dos recursos humanos em saúde uma vez que cabe aos gestores e decisores políticos a aceitação e implementação dos resultados. Na gestão em saúde, a tomada de decisões é predominantemente política e não técnica, não dependendo apenas de evidências científicas.

Neste estudo exploratório e de aplicação do método WISN à Fisioterapia, em unidades de internamento hospitalar, foi possível determinar os componentes da carga de trabalho para todos os tipos de atividades e os respetivos padrões, sendo de destacar os padrões de atividade encontrados para as áreas *core* da Fisioterapia. Esperamos que este trabalho contribua para uma utilização imediata e uniforme do método WISN, por parte de qualquer Coordenador de Fisioterapia.

A gestão eficaz dos recursos humanos no setor de saúde é fundamental para garantir a cobertura efetiva dos benefícios de saúde e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A adoção de estratégias como o WISN, para quantificação de recursos humanos, e a sua adaptação às necessidades específicas podem contribuir para o sucesso na implementação de políticas que relacionem a carga de trabalho em saúde com a força de trabalho necessária.

Para melhor compreensão da metodologia WISN face à problemática da quantificação correta de recursos humanos em Fisioterapia, sugerimos mais estudos sobre a implementação desta metodologia em unidades de internamento hospitalar e posterior ampliação para a Fisioterapia em ambulatório.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amabile, J., Mueller, J. S., Simpson, W. B., Hadley, C. N., Kramer, S. J., Fleming, L., & Amabile, T. M. (2002). *Time Pressure and Creativity in Organizations: A Longitudinal Field Study*.
- Angel-Garcia, D., Martinez-Nicolas, I., Salmeri, B., & Monot, A. (2022). Quality of Care Indicators for Hospital Physical Therapy Units: A Systematic Review. *PTJ: Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy*, 102, 1–8. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab261>
- APF. (2017). *Proposta de Organização dos Serviços de Fisioterapia no Âmbito de Cuidados de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde*. http://www.apfio.pt/wp-content/uploads/2018/09/APFISIO_Contributo_MFRA_2017_005.pdf
- APFISIO. (2018). *Comissão Pró-Ordem da APFISIO #4*. <http://www.apfio.pt/fisioterapia-equipa/>
- APTA. (2019). *Standards of Practice for Physical Therapy*. <https://www.apta.org/apta-and-you/leadership-and-governance/policies/standards-of-practice-pt>
- Bachmann, S., & Bosch, R. (2010). *Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1718>
- Bonfim, D., Laus, A. M., Leal, A. E., Fugulin, F. M. T., & Gaidzinski, R. R. (2016). Aplicação do método Workload Indicators of Staffing Need como preditor de recursos humanos de enfermagem em Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1010.2683>
- Braveman, P. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57, 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Campbell, D. J. (1988). Task Complexity: A Review and Analysis. *Academy of Management Review*, 13(1), 40–52. <https://doi.org/10.5465/AMR.1988.4306775>
- Daniellou, F., Laville, A., & Teiger, C. (1989). *Ficção e realidade do trabalho operário*.
- de Brito, A. P., & Guirardello, E. de B. (2012). Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 92–96. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100013>
- Decreto-Lei n.º 110/2017, de 31 de agosto | DR*. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/110-2017-108079189>
- Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto | DR*. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/111-2017-108079190>

- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro | DRE. (2021). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS. (2020). *MODELO DE CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE*. www.juntadeandalucia.es/agenciabilidadsanitaria
- Dussault, G. (1994). GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. *Educ Med Salud*, 28(4).
- Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-1/FIGURES/3>
- Ferreira, F. I. A. (2010). *Contributos da gestão da qualidade nas práticas em fisioterapia: o caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda*. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2641>
- Galadanci, H. S. (2013). Protecting patient safety in resource-poor settings. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(4), 497–508. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.03.006>
- Institute of Medicine (US) Committee on Crossing the Quality Chasm. (2006). Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series. *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. <https://doi.org/10.17226/11470>
- Institute of Medicine (US), & Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. <https://doi.org/10.17226/10027>
- J. C. Naylor, R. D. Pritchard, & D. R. Ilgen. (1982). A theory of behavior in organizations. New York: Academic Press, 1980. *Behavioral Science*, 27(2), 194–195. <https://doi.org/10.1002/BS.3830270212>
- Kachur, E. K., Krajic, K., Figueras, J., McKee, M., Mossialos, E., & Saltman, R. B. (2006). Human resources for health in Europe. In C.-A. Dubois, M. McKee, & E. Nolte (Eds.), *Human resources for health in Europe*. Open University Press.
- Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Lei n.º 8/2016, de 1 de abril | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2016-74007209>
- Lei n.º 35/2014, de 20 de junho | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2014-25676932>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro | DRE (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

- Liu, P., & Li, Z. (2012). Task complexity: A review and conceptualization framework. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42(6), 553–568. <https://doi.org/10.1016/J.ERGON.2012.09.001>
- Livingstone, I., Hefele, J., Nadash, P., Barch, D., & Leland, N. (2019). The Relationship Between Quality of Care, Physical Therapy, and Occupational Therapy Staffing Levels in Nursing Homes in 4 Years' Follow-up. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 462–469. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2019.02.002>
- Lopes, J. D. M. (2018). *Segurança, higiene e saúde do trabalho: uma medida de bem-estar organizacional*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25138>
- Lopes, M. A. G. (2010). *Estudo prospectivo do mercado de trabalho dos fisioterapeutas até 2030*. <https://ria.ua.pt/handle/10773/3469>
- Mandeville, K. L., Lagarde, M., Hanson, K., & Mills, A. (2016). Human resources for health: time to move out of crisis mode. *Lancet (London, England)*, 388(10041), 220–222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30952-7)
- McPake, B., Maeda, A., Correia Araújo, E., Lemiere, C., el Maghraby, A., & Cometto, G. (2013). Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ*. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.118794>
- Mohammed, S., & Harrison, D. A. (2013). The clocks that time us are not the same: A theory of temporal diversity, task characteristics, and performance in teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 122(2), 244–256. <https://doi.org/10.1016/J.OBHDP.2013.08.004>
- Namaganda, G. N., Whitright, A., & Maniple, E. B. (2022). Lessons learned from implementation of the Workload Indicator of Staffing Need (WISN) methodology: an international Delphi study of expert users. *Human Resources for Health*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12960-021-00675-Z/TABLES/4>
- Natale, A., Taylor, S., LaBarbera, J., Bensimon, L., McDowell, S., Mumma, S. L., Backus, D., Zanca, J. M., & Gassaway, J. (2009). SCIRehab Project Series: The Physical Therapy Taxonomy. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32(3), 270. <https://doi.org/10.1080/10790268.2009.11760781>
- National Guideline Centre. (2018). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. *Enhanced Inpatient Access to Physiotherapy and Occupational Therapy*.
- Nembhard, D. A., & Osothsilp, N. (2002). Task complexity effects on between-individual learning/forgetting variability. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 29(5), 297–306. [https://doi.org/10.1016/S0169-8141\(01\)00070-1](https://doi.org/10.1016/S0169-8141(01)00070-1)
- NICE. (2023). *Stroke rehabilitation in adults | Guidance*.

- Nicolaus, S., Crelier, B., Donzé, J. D., & Aubert, C. E. (2022). Definition of patient complexity in adults: A narrative review. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, 12, 263355652210812. <https://doi.org/10.1177/26335565221081288>
- Nordström, B., Lynch, H., & Prellwitz, M. (2023). Physio- and Occupational Therapists View of the Place of Play in Re/habilitation: A Swedish Perspective. *International Journal of Disability, Development and Education*, 70(2), 228–239. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1846689>
- Nyoni, J., Ahmat, A., Kunjumen, T., & Awases, M. (2016). *WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEED (WISN): SELECTED COUNTRY IMPLEMENTATION EXPERIENCES* Human Resources for Health Observer Series No. 15. 15, 1–60. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205943/9789241510059_eng.pdf;jsessionid=E6D08BAD9068C3F3BCC77218DFCF7357?sequence=1
- OPAS / Ministério da Saúde do Brasil. (2006, October). *Chamado à ação de Toronto*. <http://www.saude.gov.br/bvs>
- OPAS / OMS. (2021, September). Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023: Relatório de progresso. *CD59/INF/16*. <https://www.paho.org/pt/documentos/cd59inf16-plano-acao-sobre-recursos-humanos-para-acesso-universal-saude-e-cobertura>
- Palhavã, G. P. (2020). EFEITOS DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA REABILITAÇÃO INFANTIL NO CONTEXTO HOSPITALAR DO BRASIL. *Revista Pesquisa e Ação*, 6(1), 24–37. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/pesquisa/article/view/931>
- Park, J. (2009). Complexity of proceduralized tasks. In J. Park (Ed.), *Springer Series in Reliability Engineering* (Vol. 29, pp. 13–21). Springer London. https://doi.org/10.1007/978-1-84882-791-2_2
- Pillai, M., & Senthilraj, O. (2019). Role of Human Resources Management in Healthcare Organizations: A Review. *International Journal of Health Sciences & Research (Www.Ijhsr.Org)*, 9(1), 228. www.ijhsr.org
- PORDATA - *Fisioterapeutas por 100 mil habitantes*. (2018). <https://www.pordata.pt/Europa/Fisioterapeutas+por+100+mil+habitantes-1925>
- Regulamento n.º 490/2023, de 3 de Maio Da Ordem Dos Fisioterapeutas (2023). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/490-2023-212536256>
- Ribeiro Santos, B., & Matos Santos, J. F. (2023). *A IMPORTÂNCIA DO LÚDICO NA FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA INFANTIL*.
- Schenkel, I. de C., Garcia, J. M., Berretta, M. da S. K., Schivinski, C. I. S., & Silva, M. E. M. da. (2013). Brinquedo terapêutico como coadjuvante ao tratamento fisioterapêutico de crianças com afecções respiratórias. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 130–144.

CJjb2xvcil6liM2NmMyYTUiLCJzY2llbnRpZmljRGlzcGxheSI6dHJ1ZX1dLCJ4QXhpcyl6lnBlcmVZG8iLCJtYXhwb2ludHMlOiliLCJ0aW1lc2NhbGUiOiJ5ZWYliwic29y dC16lilslmNvbMzPzYl6eyJkYXRhc2V0ljojdHJhYmFsaGFkb3Jlcy1wb3ltZ3J1cG8t cHJvZmlzc2lvbmFslwib3B0aW9ucyl6eyJkaXNqdW5jdGl2ZS5yZWdpYW8iOnRyd WUslmRpc2p1bmN0aXZILmluc3RpdHVpY2Fvljp0cnVILCJzb3J0ljoicGVyaW9kbyl sInJlZmluZS5wZXJpb2RvIjoiMjAxOSIsInJlZmluZS5yZWdpYW8iOlsiUmVnaVx1M DBFM28gZGUgU2FcdTAwRkFkZSBkbyBDZW50cm8iLCJSZWdpXHUwMEUzby BkZSBTYVx1MDBGQWRlIGRvIEFsZ2FydmUiLCJSZWdpXHUwMEUzbyBkZSBT YVx1MDBGQWRlIGRvIEFsZW50ZWpvlwiUmVnaVx1MDBFM28gZGUgU2FcdTA wRkFkZSBOb3J0ZSIsIlJlZ2ludTAwRTNvIGRlIFNhXHUwMEZBZGUgTFZUliwiU2 VydmVlc2AwRTdvcyBDZW50cmFpcyJdfX19XSwidGltZXNjYWxlIjoiliwic2luZ2xlQ Xhpcyl6ZmFsc2UsImRpc3BsYXIMZWdlbmQiOnRydWUslmFsaWduTW9udGgiOn RydWV9

Soares, V. S. P., & Xavier, S. M. (2011). *Perfil de complexidade dos clientes hospitalizados na unidade de tratamento de doenças infecciosas, segundo a Escala de Fugulin.*

Susy, N., Manurung, A., Sunaryo, T., Gunawan, I., & Anggiat, L. (2020). ORIGINAL ARTICLE ANALYSIS OF THE NEED FOR PHYSIOTHERAPISTS IN A PRIVATE HOSPITAL IN INDONESIA USING THE WORKLOAD INDICATOR OF STAFFING NEED REFERRING TO THE IMPLEMENTATION OF THE PHYSIOTHERAPY PROCESS AS RISK MITIGATION OF SERVICES. *International Journal of Medical and Exercise Science*, 6(1), 697–705. <https://doi.org/10.36678/ijmaes.2020.v06i01.005>

Todhunter-Brown, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P. L., Forster, A., Morris, J., Pomeroy, V. M., & Langhorne, P. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920>. PUB3

Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Bradish, S., & Elliott Rose, A. (2016). A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12960-016-0155-2/FIGURES/7>

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

WHO. (2009). *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health with special applications for low-and middle-income countries.*

- https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/200009/Handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-Eng.pdf
- WHO. (2010a). *Workload Indicators of Staffing Need - User's manual*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241500197>
- WHO. (2010b). Workload Indicators of Staffing Need (WISN) A manual for implementation. *World Health Organisation*, 1–131.
- WHO. (2013). *A Universal Truth: No Health Without A Workforce*.
https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth
- WHO. (2015). WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people. *World Health Organization*, 1–25.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/?sequence=1>
- WHO. (2017). Rehabilitation in Health Systems. *World Health Organization*, 1.
- WHO. (2019). *Rehabilitation in Health Systems - Guide for Action*.
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Wood, R. E. (1986). Task complexity: Definition of the construct. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 37(1), 60–82. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(86\)90044-0](https://doi.org/10.1016/0749-5978(86)90044-0)
- World Confederation for Physical Therapy. (2019). *Description of physical therapy Policy statement*. www.world.physio
- Amabile, J., Mueller, J. S., Simpson, W. B., Hadley, C. N., Kramer, S. J., Fleming, L., & Amabile, T. M. (2002). *Time Pressure and Creativity in Organizations: A Longitudinal Field Study*.
- Angel-Garcia, D., Martinez-Nicolas, I., Salmeri, B., & Monot, A. (2022). Quality of Care Indicators for Hospital Physical Therapy Units: A Systematic Review. *PTJ: Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy*, 102, 1–8.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzab261>
- APF. (2017). *Proposta de Organização dos Serviços de Fisioterapia no Âmbito de Cuidados de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde*. http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/09/APFISIO_Contributo_MFRA_2017_005.pdf
- APFISIO. (2018). *Comissão Pró-Ordem da APFISIO #4*.
<http://www.apfisio.pt/fisioterapia-equipa/>
- APTA. (2019). *Standards of Practice for Physical Therapy*. <https://www.apta.org/apta-and-you/leadership-and-governance/policies/standards-of-practice-pt>

- Bachmann, S., & Bosch, R. (2010). *Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1718>
- Bonfim, D., Laus, A. M., Leal, A. E., Fugulin, F. M. T., & Gaidzinski, R. R. (2016). Aplicação do método Workload Indicators of Staffing Need como preditor de recursos humanos de enfermagem em Unidade de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1010.2683>
- Braveman, P. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 57, 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Campbell, D. J. (1988). Task Complexity: A Review and Analysis. *Academy of Management Review*, 13(1), 40–52. <https://doi.org/10.5465/AMR.1988.4306775>
- Daniellou, F., Laville, A., & Teiger, C. (1989). *Ficção e realidade do trabalho operário*. de Brito, A. P., & Guirardello, E. de B. (2012). Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 92–96. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100013>
- Decreto-Lei n.º 110/2017, de 31 de agosto | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/110-2017-108079189>
- Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/111-2017-108079190>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro | DRE. (2021). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- DGS. (2020). *MODELO DE CERTIFICAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE*. www.juntadeandalucia.es/agenciaqualidadsanitaria
- Dussault, G. (1994). GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. *Educ Med Salud*, 28(4).
- Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-1/FIGURES/3>
- Ferreira, F. I. A. (2010). *Contributos da gestão da qualidade nas práticas em fisioterapia: o caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda*. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2641>
- Galadanci, H. S. (2013). Protecting patient safety in resource-poor settings. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(4), 497–508. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.03.006>

- Institute of Medicine (US) Committee on Crossing the Quality Chasm. (2006). Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series. *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. <https://doi.org/10.17226/11470>
- Institute of Medicine (US), & Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. <https://doi.org/10.17226/10027>
- J. C. Naylor, R. D. Pritchard, & D. R. Ilgen. (1982). A theory of behavior in organizations. New York: Academic Press, 1980. *Behavioral Science*, 27(2), 194–195. <https://doi.org/10.1002/BS.3830270212>
- Kachur, E. K., Krajic, K., Figueras, J., McKee, M., Mossialos, E., & Saltman, R. B. (2006). Human resources for health in Europe. In C.-A. Dubois, M. McKee, & E. Nolte (Eds.), *Human resources for health in Europe*. Open University Press.
- Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Lei n.º 8/2016, de 1 de abril | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/8-2016-74007209>
- Lei n.º 35/2014, de 20 de junho | DR. (n.d.). Retrieved June 24, 2023, from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2014-25676932>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro | DRE (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Liu, P., & Li, Z. (2012). Task complexity: A review and conceptualization framework. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 42(6), 553–568. <https://doi.org/10.1016/J.ERGON.2012.09.001>
- Livingstone, I., Hefele, J., Nadash, P., Barch, D., & Leland, N. (2019). The Relationship Between Quality of Care, Physical Therapy, and Occupational Therapy Staffing Levels in Nursing Homes in 4 Years' Follow-up. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 462–469. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2019.02.002>
- Lopes, J. D. M. (2018). *Segurança, higiene e saúde do trabalho: uma medida de bem-estar organizacional*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25138>
- Lopes, M. A. G. (2010). *Estudo prospetivo do mercado de trabalho dos fisioterapeutas até 2030*. <https://ria.ua.pt/handle/10773/3469>
- Mandeville, K. L., Lagarde, M., Hanson, K., & Mills, A. (2016). Human resources for health: time to move out of crisis mode. *Lancet (London, England)*, 388(10041), 220–222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30952-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30952-7)

- McPake, B., Maeda, A., Correia Araújo, E., Lemiere, C., el Maghraby, A., & Cometto, G. (2013). Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ.* <https://doi.org/10.2471/BLT.13.118794>
- Mohammed, S., & Harrison, D. A. (2013). The clocks that time us are not the same: A theory of temporal diversity, task characteristics, and performance in teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 122(2), 244–256. <https://doi.org/10.1016/J.OBHDP.2013.08.004>
- Namaganda, G. N., Whitright, A., & Maniple, E. B. (2022). Lessons learned from implementation of the Workload Indicator of Staffing Need (WISN) methodology: an international Delphi study of expert users. *Human Resources for Health*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12960-021-00675-Z/TABLES/4>
- Natale, A., Taylor, S., LaBarbera, J., Bensimon, L., McDowell, S., Mumma, S. L., Backus, D., Zanca, J. M., & Gassaway, J. (2009). SCIRehab Project Series: The Physical Therapy Taxonomy. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 32(3), 270. <https://doi.org/10.1080/10790268.2009.11760781>
- National Guideline Centre. (2018). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. *Enhanced Inpatient Access to Physiotherapy and Occupational Therapy*.
- Nembhard, D. A., & Osothsilp, N. (2002). Task complexity effects on between-individual learning/forgetting variability. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 29(5), 297–306. [https://doi.org/10.1016/S0169-8141\(01\)00070-1](https://doi.org/10.1016/S0169-8141(01)00070-1)
- NICE. (2023). *Stroke rehabilitation in adults | Guidance*.
- Nicolaus, S., Crelier, B., Donzé, J. D., & Aubert, C. E. (2022). Definition of patient complexity in adults: A narrative review. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, 12, 263355652210812. <https://doi.org/10.1177/26335565221081288>
- Nordström, B., Lynch, H., & Prellwitz, M. (2023). Physio- and Occupational Therapists View of the Place of Play in Re/habilitation: A Swedish Perspective. *International Journal of Disability, Development and Education*, 70(2), 228–239. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1846689>
- Nyoni, J., Ahmat, A., Kunjumen, T., & Awases, M. (2016). *WORKLOAD INDICATORS OF STAFFING NEED (WISN): SELECTED COUNTRY IMPLEMENTATION EXPERIENCES* *Human Resources for Health Observer Series No. 15*. 15, 1–60. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205943/9789241510059_eng.pdf;jsessionid=E6D08BAD9068C3F3BCC77218DFCF7357?sequence=1
- OPAS / Ministério da Saúde do Brasil. (2006, October). *Chamado à ação de Toronto*. <http://www.saude.gov.br/bvs>

- OPAS / OMS. (2021, September). Plano de ação sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde 2018-2023: Relatório de progresso. *CD59/INF/16*. <https://www.paho.org/pt/documentos/cd59inf16-plano-acao-sobre-recursos-humanos-para-acesso-universal-saude-e-cobertura>
- Palhavã, G. P. (2020). EFEITOS DAS ATIVIDADES LÚDICAS NA REABILITAÇÃO INFANTIL NO CONTEXTO HOSPITALAR DO BRASIL. *Revista Pesquisa e Ação*, 6(1), 24–37. <https://revistas.brazcubas.br/index.php/pesquisa/article/view/931>
- Park, J. (2009). Complexity of proceduralized tasks. In J. Park (Ed.), *Springer Series in Reliability Engineering* (Vol. 29, pp. 13–21). Springer London. <https://doi.org/10.1007/978-1-84882->
-

2_2

- Pillai, M., & Senthilraj, O. (2019). Role of Human Resources Management in Healthcare Organizations: A Review. *International Journal of Health Sciences & Research (Www.Ijhsr.Org)*, 9(1), 228. www.ijhsr.org
- PORDATA - *Fisioterapeutas por 100 mil habitantes*. (2018). <https://www.pordata.pt/Europa/Fisioterapeutas+por+100+mil+habitantes-1925>
- Regulamento n.º 490/2023, de 3 de Maio Da Ordem Dos Fisioterapeutas (2023). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/490-2023-212536256>
- Ribeiro Santos, B., & Matos Santos, J. F. (2023). *A IMPORTÂNCIA DO LÚDICO NA FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA INFANTIL*.
- Schenkel, I. de C., Garcia, J. M., Berretta, M. da S. K., Schivinski, C. I. S., & Silva, M. E. M. da. (2013). Brinquedo terapêutico como coadjuvante ao tratamento fisioterapêutico de crianças com afecções respiratórias. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 130–144. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Shah, R. K., & Godambe, S. A. (2020). Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare: A Case-Based Approach. *Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare: A Case-Based Approach*, 1–383. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-55829-1/COVER>
- Shipp, P. J. (1998). *Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64011>
- Silow-Carroll, S., Edwards, J. N., & Lashbrook, A. (2005). *Reducing Hospital Readmissions: Lessons from Top-Performing Hospitals*. www.commonwealthfund.org

Xhpcyl6ZmFsc2UsImRpc3BsYXIMZWdlbmQiOnRydWUslmFsaWduTW9udGgiOnRydWV9

- Soares, V. S. P., & Xavier, S. M. (2011). *Perfil de complexidade dos clientes hospitalizados na unidade de tratamento de doenças infecciosas, segundo a Escala de Fugulin*.
- Susy, N., Manurung, A., Sunaryo, T., Gunawan, I., & Anggiat, L. (2020). ORIGINAL ARTICLE ANALYSIS OF THE NEED FOR PHYSIOTHERAPISTS IN A PRIVATE HOSPITAL IN INDONESIA USING THE WORKLOAD INDICATOR OF STAFFING NEED REFERRING TO THE IMPLEMENTATION OF THE PHYSIOTHERAPY PROCESS AS RISK MITIGATION OF SERVICES. *International Journal of Medical and Exercise Science*, 6(1), 697–705. <https://doi.org/10.36678/ijmaes.2020.v06i01.005>
- Todhunter-Brown, A., Baer, G., Campbell, P., Choo, P. L., Forster, A., Morris, J., Pomeroy, V. M., & Langhorne, P. (2014). Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.PUB3>
- Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Bradish, S., & Elliott Rose, A. (2016). A synthesis of recent analyses of human resources for health requirements and labour market dynamics in high-income OECD countries. *Human Resources for Health*, 14(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S12960-016-0155-2/FIGURES/7>
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>
- WHO. (2009). *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health with special applications for low-and middle-income countries*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/200009/Handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-Eng.pdf
- WHO. (2010a). *Workload Indicators of Staffing Need - User's manual*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500197>
- WHO. (2010b). Workload Indicators of Staffing Need (WISN) A manual for implementation. *World Health Organization*, 1–131.
- WHO. (2013). *A Universal Truth: No Health Without A Workforce*. https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth
- WHO. (2015). WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people. *World Health Organization*, 1–25. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199544/?sequence=1>
- WHO. (2017). Rehabilitation in Health Systems. *World Health Organization*, 1.

- WHO. (2019). *Rehabilitation in Health Systems - Guide for Action*.
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Wood, R. E. (1986). Task complexity: Definition of the construct. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 37(1), 60–82. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(86\)90044-0](https://doi.org/10.1016/0749-5978(86)90044-0)
- World Confederation for Physical Therapy. (2019). *Description of physical therapy Policy statement*. www.world.physio

Anexos

Anexo 1

Exmo. Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética para efetuar Investigação

O meu nome é Vítor Carlos Namorado da Cunha Henriques, Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica, área da Fisioterapia, a desempenhar funções no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, mestrando do Curso Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve, pretendo, sob orientação da Prof. Doutora Ana Paula Fontes e Prof. Pedro Fidalgo, desenvolver a tese de mestrado intitulada “Dotação Efetiva e Eficaz na Prestação de Cuidados de Fisioterapia em Internamento Hospitalar. Uma ferramenta para a Qualidade, Segurança e Gestão”, vindo por este meio solicitar à Comissão de Ética que V. Ex^a. Preside, parecer acerca do meu estudo.

O objetivo geral do trabalho baseia-se em construir uma ferramenta para calcular o número adequado de fisioterapeutas para dar respostas às necessidades assistenciais de um internamento hospitalar melhorando a qualidade do serviço prestado, a segurança do utente e facilitando a gestão dos recursos humanos através do conhecimento do tempo de execução de uma sessão de tratamento de cada área funcional, baseado em padrões de excelência e de evidência, com base igualmente nos conhecimentos e experiência dos fisioterapeutas.

Relativamente à metodologia, a recolha de dados será efetuada através de um questionário online com a caracterização sociodemográfica dos respondentes e questões cujas variáveis dão resposta ao objetivo principal da investigação, tendo por base a Workload Indicators Of Staffing Need (WISN). Anexa-se o questionário de recolha de dados. A sua divulgação e recolha de dados será realizada através da mailing list da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, durante o mês de janeiro de 2023.

Para apresentar, tratar e analisar os dados obtidos será utilizado o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* recorrendo-se à análise estatística descritiva e inferencial.

Anexo 2

Assunto: PROETO:CE-ESTeSL-Nº.109-2022 – Vitor Henriques (2ª via)
Data: 2023-02-08 18:21
De: Comissão Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>
Para: 2021124@alunos.estesl.ipl.pt, apfontes@ualg.pt
Cc: Mestrados <mestrados@estesl.ipl.pt>, Margarida eiras <margarida.eiras@estesl.ipl.pt>

REFERÊNCIA INTERNA DO PROETO:CE-ESTeSL-Nº.109-2022 – Vitor Henriques

TÍTULO DO PROJETO: Dotação Efetiva e Eficaz na Prestação de Cuidados de Fisioterapia em Internamento Hospitalar. Uma ferramenta para a Qualidade, Segurança e Gestão

Tipo de Projeto/Estudo: Investigação 2º ciclo

INVESTIGADOR/A RESPONSÁVEL: Vitor Carlos Namorado da Cunha Henriques

Equipa: Professora Doutora Ana Paula de Almeida Fontes; Professor Pedro Filipe Lopes Prazeres Fidalgo

INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa

Instituição(ões) envolvidas: UAlg /ESTeSL-IPL

Exma. Senhora Prof.ª Doutora Ana Paula de Almeida Fontes

Exmo. Senhor Dr. Vitor Henriques , estudante de mestrado

Após os esclarecimentos de 20 de janeiro, a Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4.69.01- Parque das Nações
1990-096 Lisboa | Portugal
conselhodeetica@estesl.ipl.pt
+351 218980488 (ext. 647)



Apêndices

Apêndice 1

Carga de Trabalho dos Fisioterapeutas em contexto de internamento hospitalar.

Este inquérito insere-se no âmbito do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde da ESTeSL e UAlg, e tem como objectivo recolher dados sobre a carga de trabalho dos Fisioterapeutas. Estes dados vão servir para a criação/adaptação de uma ferramenta de apoio à gestão de recursos humanos, em unidades de internamento de hospitais públicos, de forma a melhorar a qualidade do serviço prestado e a segurança dos utentes. Esta informação é baseada na experiência dos Fisioterapeutas que prestam cuidados neste tipo de unidades.

Por favor responda apenas se na atividade profissional tiver funções de coordenador/sub-coordenador ou de fisioterapeuta em prestação de cuidados em unidades de internamento hospitalar.

A decisão de participar nesta investigação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

As suas respostas serão tratadas anonimamente e não poderão ser rastreadas até si. É garantida a confidencialidade dos dados e a sua utilização é exclusiva para a realização deste estudo.

O armazenamento dos dados será mantido apenas pelo período necessário à conclusão.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Fui informado(a) sobre os objetivos e condições de participação nesta investigação.

Sinto-me esclarecido(a) e aceito participar neste estudo de forma voluntária, autorizando a utilização dos dados exclusivamente para fins de investigação nas condições previamente apresentadas.

Marcar apenas uma oval.

Concordo *Avançar para a pergunta 2*

Não concordo

2. Em que tipologia hospitalar exerce predominantemente a sua atividade? *

Marcar apenas uma oval.

- Hospital Público
- Hospital Privado ou IPSS

Avançar para a pergunta 3

3. Em qual das seguintes opções enquadra a sua atividade profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Fisioterapeuta Coordenador/Sub-coordenador *Avançar para a pergunta 19*
- Fisioterapeuta em prestação de cuidados no internamento
Avançar para a pergunta 4

Fisioterapeuta em prestação de cuidados no internamento

4. Idade *

5. Género *

Marcar apenas uma oval.

- Masculino
- Feminino
- Outro

6. Distrito onde desempenha a sua atividade profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

7. Qual a área de intervenção / especialidade em que, maioritariamente, desempenha as suas funções em contexto de internamento hospitalar?

Marcar apenas uma oval.

- Cardiologia
- Cirurgia
- Fisiatria
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Infeciologia
- Medicina Interna
- Nefrologia
- Neonatologia *Avançar para a pergunta 10*
- Neurocirurgia
- Neurologia
- Oncologia
- Ortopedia
- Pediatria *Avançar para a pergunta 10*
- Pneumologia
- Unidade de AVC
- Unidade de Convalescença
- Unidade de Cuidados Intensivos
- Unidade de Cuidados Intermédios
- Outra: _____

8. Qual a área da prestação de cuidados onde intervém com maior frequência? *

Marcar apenas uma oval.

- Cardiopulmonar
- Orto traumatológica
- Neurológica

9. Considere uma sessão de tratamento como todas as atividades desempenhadas na prestação de cuidados de saúde.

Quanto tempo, em média, considera adequado para uma sessão de tratamento, em unidade de internamento, na sua área de intervenção?

(em minutos por sessão)

Avançar para a pergunta 13

Pediatria

Considere uma sessão de tratamento como todas as atividades desempenhadas na prestação de cuidados de saúde.

Quanto tempo, em média, considera adequado para uma sessão de tratamento, em unidade de internamento, nas seguintes áreas de intervenção?

(em minutos por sessão)

10. Cardiopulmonar *

11. Orto traumatológica *

12. Neurológica *

As questões que se seguem referem-se a atividades desempenhadas pelos Fisioterapeutas e que complementam a sua atividade assistencial.

Por favor tenha em conta as unidades a que se refere a pergunta. (ex: minutos por dia ou horas por semana, etc)

13. Quanto tempo, em média, necessita para a consulta de processos/visita médica? (**minuto por dia**)

14. Quanto tempo, em média, necessita para registos/procedimentos estatísticos? (**minutos por dia**)

15. Quanto tempo, em média, gasta em formação interna? (**minutos por mês**) *

16. Nos últimos 12 meses, em média, quanto tempo despendeu (**horas por semana**) em tarefas de gestão? (ex: gestão da qualidade; gestão do risco; etc.)

17. Nos últimos 12 meses, em média, quanto tempo despendeu em grupos de trabalho (ex: grupos de ensino a famílias) , que não incluam as tarefas já assinaladas na pergunta anterior? (**minutos por semana**)

18. Durante a monitorização de estágios, em média, quanto tempo despendeu em atenção exclusiva ao estagiário? **(horas por semana)**

Fisioterapeuta Coordenador/Sub-coordenador

19. Idade *

20. Género *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

Outro

21. Distrito onde desempenha a sua atividade profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Santarém
- Setúbal
- Viana do Castelo
- Vila Real
- Viseu

22. Na sua prática de gestão utiliza alguma ferramenta específica para a contabilização dos recursos humanos necessários para dar resposta as necessidades assistenciais nos serviços de internamento do hospital onde trabalha?

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

23. Se respondeu **SIM** na pergunta anterior, indique qual a ferramenta que utiliza.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

