

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE  
LISBOA**

**PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA  
QUALIDADE DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL  
GERAL DO HUAMBO ANGOLA**

Mestrado em Fisioterapia

Autor: Eugénia Navita Katchikenge

Orientadores: Mestre Carla Luzia A. Vicente Pimenta

Mestre Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

Professora Doutora Maria Isabel Monsanto Coutinho

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

*Lisboa, 2016*

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE**  
**LISBOA**

**PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA**  
**QUALIDADE DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL**  
**GERAL DO HUAMBO ANGOLA**

Mestrado em Fisioterapia

Autora: Eugénia Navita Katchikenge

Orientadores: Mestre Carla Luzia A. Vicente Pimenta

Mestre Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

Professora Doutora Maria Isabel Monsanto Coutinho

(Esta versão não inclui críticas e sugestões feitas pelo júri)

*Lisboa, 2016*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Agradeço primeiro a Deus, que tudo providenciou até chegar este momento. Às minhas orientadoras: Carla Pimenta, Isabel Coutinho, e Paula Soares, que para mim foram mais mães do que orientadoras propriamente. Agradeço a minha família em especial os meus pais, irmãos e sobrinhos. Aos meus colegas em especial o meu irmão Oliveira e as minhas companheiras de casa, pelos anos de amizade carinho e companheirismo. Ao Emanuel pelo apoio e compreensão. Agradeço ainda à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL); ao tio Gabriel Gonçalves e ao Domingos pelo apoio e disponibilidade; às direções Geral, Clínica, Científica e pedagógica do Hospital Geral do Huambo. Agradeço a todos os que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho. O meu muito obrigado a todos.

## DEDICATÓRIA

---

A minha querida “*Mãe Bina*” que deu todo o tipo de apoio para tornar possível este momento. Ter-te ao pé de mim é um dos grandes privilégios que Deus me concedeu, pois eu sou a mulher moldada por ti com o teu modo de ser, fazer, pensar, sentir e agir.

## RESUMO

---

A Fisioterapia é uma área da saúde fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, sendo a sua presença indispensável em todos os contextos de saúde.

Devido á deficiência observada no serviço de fisioterapia do Hospital Geral do Huambo, (HGH) através de inúmeras visitas realizadas ao serviço, o tema escolhido para este trabalho foi: Proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia do HGH. O trabalho tem como objetivo geral, propor um serviço de fisioterapia para o HGH, avaliando a sua qualidade e como objetivos específicos caracterizar o contexto, as partes interessadas e a situação atual da fisioterapia no HGH; identificar as necessidades, dificuldades e expectativas, referentes à fisioterapia, percecionadas pelos profissionais de saúde e órgãos de gestão; dar a conhecer os benefícios e a importância da utilização do Ciclo PDCA (Plan, Do, check, Act) Planeamento, Execução, Verificação e Ação, para garantia da qualidade do serviço de fisioterapia do HGH; elaborar uma proposta de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia, utilizando o ciclo PDCA.

Foi feito um levantamento bibliográfico sobre a fisioterapia em contexto hospitalar, um enquadramento teórico sobre modelos de melhoria contínua da qualidade e caracterizado o local do estudo. Os procedimentos metodológicos incluíram a realização de duas entrevistas, uma ao Diretor Clínico e outra ao Técnico de Fisioterapia ambos funcionários do HGH, para identificar as necessidades e principais carências do serviço, percebidas por estes profissionais.

As opiniões foram concordantes, o serviço carece de remodelação, recursos humanos e de um espaço físico adequado.

**Palavras-chave:** Fisioterapia, Hospital, Huambo, PDCA

## **ABSTRACT**

---

Physiotherapy is a critical health area to improve the quality of life of individuals, is essential in all health contexts. Due to the deficiency, observed in physiotherapy service in the Huambo General Hospital (HGH), through numerous visits to this service, the theme chosen for this work was: Proposal for a continuous improvement in the quality of the physiotherapy service.. This work has as a main goal to prepare a proposal for a HGH physiotherapy service, assessing their quality. The specific objectives are: characterize the context, stakeholders and the current situation of physiotherapy in HGH; identify the needs,, challenges and expectations related to physiotherapy, perceived by health professionals and managers; explain the benefits and importance of using the PDCA (Plan, Do, check, Act) cycle to ensure the quality; prepare a proposal for continuous improvement of quality in the physiotherapy service using the PDCA cycle. It was made a literature review on hospital physiotherapy and also two interviews, one to the clinical director and other to the physiotherapist to access the needs and major shortages in order to create a cohesive plan for the physiotherapy service of this unit. The opinions were consistent, there are a lack of almost everything in this service, but especially a lack of human resources and a suitable physical space so that their is carried out in a healthy way for all users.

**Key Words:** Physiotherapy, Hospital, Huambo, PDCA.

# ÍNDICE GERAL

---

AGRADECIMENTOS.....	iii
DEDICATÓRIA .....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE GERAL .....	vii
ÍNDICE DE TABELAS.....	ix
SIGLAS E ABREVIATURAS .....	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Apresentação do trabalho.....	2
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
2.1 Contexto histórico da fisioterapia no mundo .....	4
2.2 Breve história da fisioterapia em Portugal .....	6
2.3 Fisioterapia em Angola.....	7
2.4 Competências do fisioterapeuta .....	8
2.5 Padrões de prática .....	9
2.6 O Fisioterapeuta na instituição hospitalar .....	11
2.6.1 Objetivos de intervenção na fisioterapia hospitalar .....	12
2.6.2 O fisioterapeuta na equipa multidisciplinar .....	13
2.7 Conceito de Qualidade .....	16
2.7.1 Qualidade em saúde/Angola.....	17
2.7.2 O ciclo planeamento, execução, verificação e ação ou <i>deming</i> na melhoria contínua da qualidade.....	20
2.8 Caracterização do local do estudo.....	26
3. DESENHO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Objetivos do trabalho.....	29
3.2 Tipo de estudo.....	30
3.3 População e amostra.....	31
3.4 Instrumento de recolha de dados .....	31
4. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTA .....	36
5. DISCUSSÃO.....	39

5.1 Proposta do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade do Serviço de Fisioterapia do Hospital Geral do Huambo .....	39
5.2 Recursos necessários para o projeto .....	39
5.2.1 Recursos humanos .....	40
5.2.2 Recursos físicos.....	41
5.2.3 Equipamentos.....	43
5.2.3.1 Equipamentos de Eletroterapia .....	47
5.2.3.2 Equipamentos para a Sala de Fisioterapia em Pediatria .....	47
5.2.3.3 Equipamentos para o ginásio e sala de exercícios terapêuticos em grupo .....	47
5.3 Parcerias .....	48
6. CONCLUSÃO DO ESTUDO .....	49
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	51
8. ANEXOS.....	58

## ÍNDICE DE TABELAS

---

<b>Tabela 2.1</b> Competências do profissional que trabalha em equipa.....	16
<b>Tabela 2.2</b> Taxa de mortalidade na província do Huambo.....	28
<b>Tabela 3.3</b> Perfil dos entrevistados.....	31
<b>Tabela 4.4</b> Análise da entrevista ao Técnico de Fisioterapia.....	37
<b>Tabela 4.5</b> Análise da entrevista ao órgão de gestão/ Diretor Clínico.....	38
<b>Tabela 5.6</b> Recursos Humanos.....	41
<b>Tabela 5.7</b> Meios Físicos para o Serviço de Fisioterapia.....	43
<b>Tabela 5.8</b> Equipamentos da classe A indispensáveis.....	45
<b>Tabela 5.9</b> Equipamentos da classe B necessários.....	45
<b>Tabela 5.10</b> Equipamentos da classe C recomendáveis.....	46

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

**ADM-** Amplitude de movimento

**APCER-** Associação Portuguesa de Certificação

**APTA-** American Physical Therapy Association

**APF-** Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

**AVE-** Acidente Vascular Encefálico

**BMJ-** British Medical Journal

**CCEA-** Curso Complementar de Ensino e Administração

**CIF-** Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade em Saúde.

**CMRFL-** Centro de Medicina Física e Reabilitação de Luanda

**DC-** Diretor Clínico

**DDA-** Doenças Diarreicas Agudas

**DRA-** Doenças Respiratórias Agudas

**DPOC-** Doença pulmonar Obstrutiva e Crónica

**EN-** Norma Europeia

**ENSP-** Escola Nacional de Saúde Pública

**ERA-** Escola de Reabilitação de Alcoitão

**ESTeSL-** Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

**ETSS-** Escola Técnica do Serviço de Saúde

**EUA-** Estados Unidos da América

**FT-** Fisioterapeuta

**FNP-** Facilitação neuromuscular propriocetiva

**FAA-** Forças Armadas Angolanas

**HIV-** Human Immunodeficiency Virus

**HGH**- Hospital Geral do Huambo

**ISO**- International Organization for Standardization

**NHS**- National Health Service

**NP**- Norma Europeia

**OMS**- Organização Mundial da Saúde

**PBE**- Prática Baseada na Evidência

**PDCA**- Plan Do Check Act

**RH**- Recursos Humanos

**SCML**- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

**SGS**- Sociedade Geral de Superintendência

**SUS**- Sistema Único de Saúde

**TENS**- Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

**TF**- Técnico de Fisioterapia

**TUV**- Technischer Überwachungs Verein

**UCI**- Unidade de Cuidados Intensivos

**UPRA**- Universidade Privada de Angola

**VM**- Ventilação Mecânica

**WCPT**- World Confederation for Physical Therapy

**TDT**- Técnico de Diagnóstico e Terapeuta



# 1. INTRODUÇÃO

---

Este documento reflete o trabalho desenvolvido sobre uma “Proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia do Hospital Geral do Huambo” (HGH), que constitui uma dissertação de mestrado em Fisioterapia na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTeSL).

O HGH presta serviços de nível secundário e alberga serviços de especialidade. De acordo com os dados preliminares do Censo 2014, habitam na província cerca de 1.896.147 habitantes<sup>1,2</sup>. O hospital atende em média 600 doentes por dia, com uma capacidade de 860 camas. Existem 1023 funcionários, dentre os quais um se encontra a trabalhar no âmbito da fisioterapia como Técnico de Fisioterapia (TF).

A escolha do tema acima referido surgiu devido à constatação do *deficit* existente no serviço de fisioterapia e à convicção de que a organização e gestão dos cuidados de fisioterapia no HGH, podem ser melhorados, com a finalidade de prestar serviços de qualidade, para a satisfação dos doentes e consequentemente aumentar os ganhos em saúde. O rácio fisioterapeuta/doente é muito baixo, como referido anteriormente, uma vez que apenas existe um TF, a maioria dos doentes não recebem cuidados de fisioterapia, mesmo aqueles com mais necessidades deste tipo de intervenção.

Atualmente existem 235 unidades sanitárias na província mas, ainda assim parece insuficiente porque a maior parte da população recorre ao Hospital Geral (HG), para o primeiro contacto, mesmo aqueles casos que podem ser resolvidos em outros serviços de saúde como postos e centros. Devido ao número de habitantes na província e o fluxo de doentes que recorrem ao hospital, considera-se de capital importância a existência de um serviço de fisioterapia hospitalar com capacidade para suprir as necessidades dos doentes, para que se possa promover a qualidade de vida dos habitantes da região e não só. A atividade profissional dos fisioterapeutas em Angola é um fenómeno não recente porém nos últimos anos começa a evidenciar-se de forma progressiva. Os contextos históricos, políticos e sociais, influenciaram diretamente o ensino e o exercício da profissão de fisioterapia em Angola, mas a sua identidade foi evoluindo, adotando características diferentes de acordo com o desenvolvimento do país. Atualmente é notória a participação e o contributo da prestação de cuidados de saúde desta classe profissional<sup>3,4</sup>.

Sendo a fisioterapia uma área da saúde fundamental para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos em Angola e não só, o seu reconhecimento por órgãos competentes

e pela sociedade em geral torna-se crucial para o seu desenvolvimento. Assim, urge a necessidade de criação de mais serviços de fisioterapia e a melhoria dos que já existem e não funcionam de forma adequada.

O cenário atual da saúde em geral e dos hospitais em particular, enfatiza a melhoria contínua e a padronização dos processos como um diferencial competitivo na solução dos problemas dos doentes/utentes. Partindo deste pressuposto e baseado na recolha de dados efetuada a profissionais do HGH, será desenvolvida uma proposta de melhoria do serviço de fisioterapia recorrendo aos ciclos planeamento, execução, verificação e ação (PDCA) e definir, medir e analisar (DMAIC). Várias são as instituições de saúde/ que têm procurado a melhoria contínua com a utilização das ferramentas da qualidade, abrangendo os ciclos PDCA e DMAIC<sup>5</sup>. Após a recolha de dados e tendo em conta os aspetos: missão, visão e estratégias, passou-se para a criação do programa utilizando-se ciclo PDCA.

O ciclo PDCA é definido como um método de gestão para a promoção da melhoria contínua e reflete, nas suas quatro fases a base da filosofia para uma melhoria da qualidade<sup>46</sup>. O programa proposto poderá trazer muitos benefícios e foi escolhido o ciclo PDCA, por ser o modelo que parece ser mais adequado para este trabalho.

## **1.1 Apresentação do trabalho**

O presente trabalho está dividido em 8 partes, com a seguinte ordem:

1- Introdução, nesta parte refere-se a ideia original respetivamente á realização do trabalho e de como é constituído dando assim uma panorâmica do mesmo.

2- Fundamentação, neste item desenvolveu-se a retrospectiva histórica da fisioterapia a sua caracterização atual, competências e papel do fisioterapeuta no meio hospitalar e a sua integração na equipa multidisciplinar, bem como os padrões de prática. Incluiu ainda uma breve abordagem da qualidade, qualidade em saúde/Angola, o ciclo PDCA, na melhoria da qualidade assim como a caracterização do local onde se realiza o estudo.

3- Metodologia, neste campo descrevem-se todos os procedimentos utilizados para a realização do trabalho e constam os seguintes aspetos: objetivos do trabalho, tipo de estudo, população e amostra e instrumento de recolha de dados.

4- A quarta parte faz referência á análise das entrevistas, que são apresentadas nas tabelas (4.4 e 4.5).

5- Discussão, apresenta-se o programa de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia do HGH, baseado nas entrevistas. Teve-se em consideração os recursos, humanos, físicos bem como os equipamentos, necessários para o projeto.

6- Na conclusão do estudo é abordada a forma como os objetivos definidos foram alcançados, assim como algumas limitações do estudo e suas perspectivas futuras.

7- Apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas para a realização do trabalho.

8- Por último nos anexos, encontram-se a carta do pedido de autorização da pesquisa, o consentimento dos entrevistados, bem como os guiões de entrevista aplicados.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

### 2.1 Contexto histórico da fisioterapia no mundo

A palavra “*Fisioterapia*” é de origem grega e significa: *physis* (natureza) e *terapia* (tratamento). O termo fisioterapia foi introduzido em 1851 por Gleich. A palavra *physiotherapy* foi utilizado pela primeira vez, no Reino Unido em 1905 a quando do primeiro Congresso Internacional de fisioterapia<sup>4,6,7,8</sup>.

Em 1894, deu-se em Londres, Inglaterra, a fundação da Society of Trained Masseuses (Sociedade de Massagistas Diplomadas), a primeira organização profissional da classe de massagistas. Até os anos de 1880 e 1890, não era comum o treino específico em massagem. Esta era empregue em locais como “spas”, casas de banho, e em domicílios, sem finalidade terapêutica. A partir dali, um grupo de enfermeiras e parteiras procuram aprender uma “nova massagem” que as capacitassem a atender mulheres<sup>9,10</sup>.

Quanto à formação profissional, a mesma concentrava-se em Londres, e era oferecida por médicos e massagistas (mulheres), em hospitais, escolas ou em residências. Enfermeiras de diversos hospitais, apenas com um breve treino, recebiam certificados de massagistas complementares aos que já possuíam. Porém, por diversas razões, a massagem foi se tornando uma profissão independente, pois caracterizava uma nova possibilidade de trabalho para as mulheres e uma nova maneira de serem vistas pela sociedade<sup>8-10</sup>. Surgiram, então, escolas para ensinar cientificamente a massagem e a eletricidade, com cursos que duravam de 4 a 6 meses e incluíam aulas de anatomia e trabalho em hospitais. Porém, o fator que realmente contribuiu para acelerar a organização da Sociedade foi a ocorrência de um escândalo publicado pelo respeitado British Medical Journal (BMJ), que associava as salas de massagem de Londres a focos de vícios e as massagistas à prostituição. Diante desse acontecimento, foi preciso distinguir o falso massagista dos profissionais honestos. Iniciou-se, assim, uma discussão sobre como construir uma profissão segura, limpa e honrada para as mulheres inglesas. Após consulta aos médicos e reuniões com as massagistas, foi fundada a Society of Trained Masseuses, em julho de 1894. A Sociedade era constitucionalmente um departamento do Midwives’ Institute (Instituto de Parteiras) e do Trained Nurses’ Club (Clube das Enfermeiras Diplomadas), sendo os seus membros registados no Club’s Roll of Masseuses (Clube de Sócios Massagistas)<sup>10</sup>.

A prática da fisioterapia nos Estados Unidos da América (EUA), muito antes de sua existência formal, esteve vinculada à atuação de mulheres cuja denominação

profissional era de “ginastas médicas”. A formação dessas profissionais era realizada em escolas de educação física. Embora o currículo tivesse pouco em comum com a educação atual em fisioterapia, eram oferecidos conteúdos em anatomia básica, fisiologia e cinesiologia. Além dos conteúdos técnicos era dada igual importância ao desenvolvimento da sua carreira profissional. A primeira instituição americana a oferecer cursos nessa área foi a Sargent School, fundada em Boston, em 1881, pelo médico Dudley Allen Sargent, com a profunda convicção de que o termo ‘medicina preventiva’ poderia ser praticado de forma mais adequada, se tivesse em conta a melhoria das capacidades físicas individuais. As técnicas, que desenvolveu e que posteriormente vieram a ser utilizadas pelos estudantes de Harvard, vieram a render-lhe reconhecimento internacional<sup>11</sup>.

Dois acontecimentos no final do Século XX impulsionaram o desenvolvimento de modelos, métodos e técnicas utilizadas pela fisioterapia, tanto na Inglaterra quanto nos EUA. Em primeiro lugar a poliomielite, que incentivou o aparecimento de centros de tratamento e o desenvolvimento de procedimentos visando a reeducação e restauração da função muscular. O segundo acontecimento que impulsionou o desenvolvimento da fisioterapia foi a primeira guerra mundial, onde a utilização de armas e outros engenhos explosivos causaram um grande número de amputações, ferimentos perfurantes, fraturas ósseas, lesões musculares, nervosas e paralisias.

O número de profissionais que utilizavam as suas mãos e os recursos naturais no atendimento a estes soldados aumentou de 100, em 1914, para 3641, no final de 1918. Nesta fase combinavam-se os recursos da fisioterapia, da massagem, da ginástica terapêutica, da eletricidade e da hidroterapia, num esforço conjunto de promover a terapia física com vista à reintegração em termos pessoais e profissionais. Este acontecimento contribuiu para o desenvolvimento da fisioterapia nos diversos países do mundo e o tratamento físico ganhou reconhecimento público novo “*status*” social<sup>6,11</sup>.

Nos Estados Unidos, a primeira e mais atuante área na qual a American Physical Therapy Association (APTA) exerceu sua influência foi a educacional. Com o fim da Segunda Guerra, todas as escolas do exército destinadas ao treino de fisioterapeutas foram fechadas, restando apenas 21 escolas aprovadas. Com a estimativa de que seriam necessários cerca de 15.000 fisioterapeutas até 1960, a APTA desenvolveu campanhas junto às Universidades e escolas médicas, para expandir as oportunidades de educação de nível superior, o que demonstra o interesse pioneiro desse país em caracterizar a fisioterapia como profissão de nível superior<sup>11</sup>.

Em 1947, o número de escolas aprovadas havia aumentado modestamente, mas muitos currículos foram ampliados de nove para doze meses; quatro escolas ofereciam certificados de programas de pós-bacharelado. Três anos mais tarde, esse número passou para 31 escolas credenciadas, 19 delas oferecendo cursos de quatro anos integrados nos programas de bacharelado e oito oferecendo certificados de pós-bacharelado<sup>9,10</sup>.

Na década de 1970, verificou-se o desenvolvimento socioprofissional em fisioterapia na Inglaterra. Assim em 1972, pela primeira vez, o Presidente da Sociedade passou a ser um fisioterapeuta e a lei que definia o trabalho do fisioterapeuta foi revista passando a ter consideração os conhecimentos, as capacidades e as competências dos fisioterapeutas de acordo com os pareceres oficiais do início da década e na reorganização, os fisioterapeutas obtiveram posições administrativas em todos os níveis<sup>11</sup>.

Nos EUA, entre 1980 e 1996, quando a APTA completou 75 anos, ocorreram avanços nas ciências da saúde e tecnologia. Como consequência de melhores cuidados da saúde e de mudanças sociais, os tratamentos deslocaram-se dos hospitais para os serviços em ambulatório e domicílio. As doenças tornaram-se mais complexas e crônicas necessitando de mais cuidados de fisioterapia. Diante desse processo, várias estratégias foram desenvolvidas para manter o desenvolvimento e a atualização da fisioterapia, o que levou a rápida expansão da profissão em áreas de especialização sobretudo nos anos oitenta onde se verifica a criação de grupos de interesse dentro da APTA, que em 1995, contava com 67.000 membros<sup>10-11</sup>. Diante desse breve relato histórico, considerando o surgimento o desenvolvimento da Fisioterapia na Inglaterra e nos EUA, verifica-se que, através de diferentes instrumentos, as ideias, práticas e delimitações da profissão foram divulgadas influenciando de forma inequívoca no desenvolvimento histórico da profissão no mundo<sup>9,10,11</sup>.

## **2.2 Breve história da fisioterapia em Portugal**

A evolução da fisioterapia como ciência teve um longo caminho para o seu desenvolvimento em Portugal. O Decreto nº 293 de 27 de Dezembro criado em 1901, permitiu a criação do laboratório da Análise Clínica, no Hospital Real de S. José onde se deu origem a matriz profissional de 5 das atuais 18 profissões que constituem as profissões das Tecnologias da Saúde incluindo a fisioterapia<sup>12,13</sup>.

Em 1956, foram criados cursos de reabilitação pela Santa casa da misericórdia, diz-se que estes cursos foram os precursores da criação da Escola de Reabilitação do

Alcoitão. Em 1966 nesta escola eram ministrados cursos com duração de 3 anos. O objetivo do curso era o de tornar a profissão mais autónoma, pois nesta época havia total dependência aos médicos e a formação destes profissionais era feita no mesmo serviço onde trabalhavam e os fisioterapeutas formados eram designados por técnicos/terapeutas<sup>6,14</sup>. Para o ingresso aos cursos era exigido como grau mínimo de escolaridade o liceu.

Em 1970 iniciou-se a equivalência dos cursos de Técnicos de Fisioterapia da Escola do Serviço de saúde Militar do Continente e dos Hospitais militares de Luanda e Lourenço Marques<sup>12,17,15,16,17</sup>. Em seguida foi publicada a Portaria no 709/80 de 23 de Setembro que criou os Centros de Formação de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica que mais tarde vieram a ser designadas de Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra<sup>12,16</sup>.

No ano de 1993 deu-se o reconhecimento das atividades paramédicas fase em que a fisioterapia teve a sua definição como profissão. Foi ainda neste mesmo ano em que foi feita a integração de Escolas que lecionam cursos Bietápico de fisioterapia. Atualmente os cursos de fisioterapia são lecionados no Ensino Superior Politécnico, para além de Universidades privadas com a permissão de acesso a cursos de mestrado.

### **2.3 Fisioterapia Em Angola**

A história da fisioterapia em Angola sofreu influências políticas e sociais tanto no ensino como no exercício da profissão. Com o passar dos anos a fisioterapia foi evoluindo, ganhando uma nova identidade até os dias de hoje.

No ano de 1964 começaram a ser formados auxiliares de fisioterapia, de acordo com as necessidades do país naquele momento. A sua atenção era dirigida para alguns tratamentos e sobretudo centrada na produção de “próteses”. Estes serviços funcionavam nos hospitais Centrais da Capital Ultramar. Os funcionários recebiam uma formação básica para poderem exercer as suas atividades. Foi ainda neste período onde se deu a criação de centros ortopédicos para tratamentos de inúmeros portadores de deficiência resultante da guerra colonial. Em 1979 foi criado um serviço de referência nacional em Reabilitação “Centro de Medicina de Reabilitação Física de Luanda”<sup>4</sup>.

Embora a fisioterapia estivesse mais evoluída em países mais desenvolvidos, é curioso o facto de que Angola teve primeiro escolas técnicas onde se fazia a preparação dos profissionais de saúde particularmente dos fisioterapeutas em relação ao Continente.

Em 1990 surgiu a constituição da Comissão Nacional de Reformas do Ensino em Saúde que primou pela formação do currículo, dando nesta ocasião um impulso marcante na evolução da fisioterapia em termos de formação. Foi no ano de 2000 que com a influência da comissão acima mencionada passou a haver cursos de licenciatura em fisioterapia, ministrados primeiramente pela Universidade Privada de Angola (UPRA), existindo atualmente, mais de 5 Universidades privadas a ministrarem cursos de licenciatura em fisioterapia com duração de cinco anos de formação. Este período é também caracterizado pelo reenquadramento e admissão de muitos profissionais de fisioterapia para trabalhar não só em centros mas também em hospitais, com a finalidade de prestar melhores cuidados de saúde promovendo a qualidade de vida. Com isto foi dado um novo rosto á fisioterapia como ciência e como profissão a nível nacional<sup>3,4</sup>.

Ressaltar que a maioria dos grandes hospitais públicos de Luanda e uma grande percentagem de clínicas privadas possui serviço de fisioterapia com condições básicas para desenvolver a efetividade profissional e alguns serviços estão muito bem equipados. Observa-se ainda a necessidade de realizar e aprofundar estudos sobre a fisioterapia em Angola tanto nas diversas áreas de atuação, como no exercício da profissão, facto que deve motivar o empenho de muitos estudantes e profissionais a demonstrarem a sua atenção sobre o assunto, promovendo a intervenção da fisioterapia e o desenvolvimento de projetos de inovação para uma maior perceção de fenómenos inerentes á fisioterapia e uma contribuição para a saúde em Angola<sup>4,18,19</sup>.

## **2.4 Competências do fisioterapeuta**

A fisioterapia é considerada parte essencial e integrante dos sistemas de saúde. Segundo o World Confederation for Physical Therapy (WCPT), a fisioterapia presta serviços de saúde a pessoas e comunidades para que estas desenvolvam, mantenham e restaurem a máxima capacidade funcional e de movimento ao longo do seu ciclo de vida, incluindo prestação de serviços onde o movimento e a função estejam ameaçados devido a lesões, doenças, envelhecimento e fatores de movimentos, já que a noção de movimento funcional é fundamental para o significado de “ser saudável”. Pode-se então afirmar que a fisioterapia está relacionada com a identificação e a maximização da qualidade de vida e com o potencial de movimento dentro das esferas de promoção, prevenção, tratamento/intervenção, habilitação e reabilitação, englobando assim o bem-estar físico, psicológico, emocional e social das pessoas e das populações<sup>20</sup>.

## 2.5 Padrões de prática

A fisioterapia como profissão tem um vasto campo de intervenção que vai desde a promoção da saúde e prevenção da doença, à prestação de cuidados diretos, assim como à prevenção de incapacidades e deformidades (programas de educação para o movimento, no campo da saúde do idoso e das condições clínicas crónicas, acompanhamento domiciliário, ensino às famílias e eliminação de barreiras arquitetónicas). Assim a sua contribuição deve ser encarada como recurso autónomo, integrando todos os níveis da prestação de cuidados sendo que a fisioterapia, acompanha todo o ciclo de vida do ser humano desde a sua conceção até a morte<sup>20,21</sup>.

A profissão de fisioterapeuta é norteadada pela Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que vai adjuvar o profissional na definição do seu diagnóstico funcional e a partir daí permitir traçar o plano de intervenção ao doente/utente<sup>20,22</sup>.

Segundo a CIF, a fisioterapia atua nos três níveis essenciais na prestação de cuidados de saúde (primário, secundário e terciário), e visa a promoção do bem-estar através da recuperação ou minimização das alterações nas funções físicas ou mentais do indivíduo. Pode-se então identificar as três vertentes para a elaboração do diagnóstico funcional<sup>22</sup>.

**1- Limitação:** Quando considerada totalmente reversível

**2- Disfunção:** com reversibilidade parcial

**3- Incapacidade:** considerada irreversível do ponto de vista funcional

Estas definições possibilitam ao fisioterapeuta desenvolver um diagnóstico funcional mais adequado e conseqüentemente adotar um plano de tratamento que vai de acordo com as condições de cada indivíduo com vista a uma rápida e consolidada melhoria<sup>21</sup>.

De acordo com a WCPT<sup>20</sup> profissionalmente, os fisioterapeutas são qualificados para:

- Realizar um exame completo de avaliação do paciente ou das necessidades de um grupo de pacientes;
- Formular um diagnóstico, prognóstico e um plano de tratamento;
- Fornecer uma consulta dentro das suas competências e ser capaz de determinar quando os doentes/utentes necessitam de ser encaminhados para outro profissional da saúde;
- Reavaliar os resultados das intervenções e tratamentos;

- Fazer o ensino do programa de exercícios para que o doente o consiga completar de forma autónoma, tendo em vista o papel do fisioterapeuta como educador.

O fisioterapeuta atua assim junto do indivíduo, estabelecendo modelos próprios de intervenção fundamentados na avaliação do indivíduo como um todo, programando, executando e avaliando a sua intervenção<sup>20,23,24</sup>.

A APTA<sup>24</sup>, em termos de competência do fisioterapeuta refere que o mesmo tem a capacidade de determinar se os serviços de fisioterapia são necessários e desenvolver um plano de cuidados em colaboração com os doentes/utentes e cuidadores. Dos fisioterapeutas graduados e credenciados espera-se que desenvolvam as suas capacidades em três domínios:

- 1) Expectativas de prática profissional (Tais como a prestação de contas, o altruísmo, a integridade, comunicação, raciocínio clínico, e educação);
- 2) Expectativas do utente (gestão de clientes (triagem, análise, avaliação, diagnóstico, prognóstico, plano de cuidados, e os resultados de avaliação); e
- 3) Expectativas da gestão da sua prática (Tais como a prevenção, a promoção da saúde, a gestão da prestação de cuidados, a consulta prática, responsabilidade social e advocacia)<sup>23,24</sup>.

De acordo com o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro, do Diário da República portuguesa, a fisioterapia atua em conformidade com a indicação clínica, pré diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação. Cabe ao fisioterapeuta conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da sua profissão<sup>25</sup>. Os fisioterapeutas, exercem as suas funções com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, sem prejuízo da intercomplementaridade ao nível das equipas em que se inserem. Compete-lhes assegurar, através de modelos, métodos e técnicas apropriadas, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente/utente, procurando obter a participação esclarecida deste no seu processo de prevenção, cura, reabilitação ou reinserção social e também assegurar a gestão operacional da profissão no serviço em que está inserido<sup>21,23,25</sup>.

Desta forma, os fisioterapeutas podem praticar suas ações independentemente de outros profissionais de saúde ou num contexto interdisciplinar, atuando na prevenção da diminuição de limitações funcionais e incapacidades e na promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral, com o objetivo de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e minimizando

a incapacidade <sup>26</sup>. São profissionais qualificados habilitados a: realizar uma avaliação completa do doente/utente; formular um diagnóstico em fisioterapia, plano de intervenção e prognóstico; implementar um programa de intervenção/ tratamento; determinar os resultados da intervenção/ tratamento; fazer reavaliações e recomendações de auto tratamento. O seu extenso conhecimento acerca do corpo, do seu funcionamento e das suas necessidades bem como do potencial de movimento é fundamental na determinação de estratégias de diagnóstico e intervenção <sup>25</sup>. Os fisioterapeutas em Portugal regem-se pelos princípios éticos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), segundo os princípios da WCPT podem realizar o seu exercício clínico de forma independente dos outros profissionais de saúde ou integrados em equipas pluridisciplinares e interdisciplinares de forma a prevenir, manter ou restaurar a função e a qualidade de vida<sup>20,22</sup>.

## **2.6 O fisioterapeuta na instituição hospitalar**

O fisioterapeuta atua em diversos contextos como: promoção da saúde, prevenção da doença e incapacidade, tratamento de lesões ou disfunções e reabilitação. Nesta vertente são visíveis os vários ganhos sociais e económicos tanto para os usuários do serviço e seus familiares como para as instituições empregadoras. Os resultados do tratamento da fisioterapia em meio hospitalar são apontados em vários estudos, em especial nos casos em que é feita uma comparação antes e após a implementação do serviço<sup>26,27</sup>.

O fisioterapeuta é um profissional de nível superior que atua em vários níveis de assistência à saúde, como: promoção da saúde, prevenção de complicações, reabilitação funcional e reinserção social de forma autónoma e plena<sup>27</sup>.

A fisioterapia em meio hospitalar oferece vários benefícios para os doentes e instituições através da redução do tempo de internamento integrando os serviços de atendimento e não só, e oferece aos profissionais mais uma oportunidade de trabalho. O serviço de fisioterapia hospitalar apresenta resultados a curto, médio e longo prazo<sup>8</sup>.

Como já foi dito anteriormente o papel da fisioterapia é de fundamental importância em contexto hospitalar já que ela intervém em várias doenças ou distúrbios promovendo a rápida recuperação do doente. Num hospital o fisioterapeuta é responsável pela avaliação, planeamento, intervenção e reavaliação de doentes com diferentes patologias, tais como: ortopédicos, neurológicos, em condições pós cirúrgicas, nos quais se trabalham principalmente os aspetos respiratórios, e motores que se deterioram rapidamente ao longo de uma hospitalização prolongada<sup>28</sup>.

Numa instituição hospitalar o fisioterapeuta constitui um recurso fundamental para os doentes internados com o objetivo de reduzir o tempo de internamento, prevenir/reduzir os riscos de complicações respiratórias e motoras. Os doentes tenham eles sido submetidos a intervenções cirúrgicas ou não, podem apresentar diversas debilidades e incapacidades, assim de acordo com as necessidades dá-se prioridade a determinadas técnicas, visando maior efetividade na prestação dos cuidados em fisioterapia, utilizando modelos, métodos e técnicas disponíveis. Dessa forma fisioterapeuta participa ativamente no tratamento do doente.

### 2.6.1 Objetivos de intervenção na fisioterapia hospitalar

Os objetivos de tratamento na fisioterapia hospitalar são os seguintes:

- Prevenir as consequências dos efeitos da imobilidade prolongada no leito;
- Aliviar a dor;
- Prevenir tromboembolismo;
- Melhorar ou manter as funções cardiorrespiratórias;
- Prevenir e tratar a diminuição da força muscular;
- Incentivar a marcha o mais precocemente possível ou seja, retirar o paciente do leito o mais rápido possível;
- Treinar/ manter as atividades da vida diárias (AVDs) tais como: lavar os dentes pentear-se, comer, vestir-se, escrever, tomar banho etc;
- Reduzir o tempo de internamento;
- Aumentar a resistência ao esforço;
- Manter ou aumentar amplitude de movimento (ADM);
- Melhorar ou manter a estabilidade postural;
- Facilitar o equilíbrio dinâmico e estático;
- Explorar as potencialidades de cada doente;
- Prevenir deformidades e complicações secundárias;
- Promover a autonomia do doente e a sua autoestima;
- Orientar os doentes e seus familiares.

A fisioterapia também possui o objetivo de manter e aumentar as propriedades dos músculos tanto esqueléticos como respiratórios através métodos e técnicas de treino muscular com vista a diminuição da retração de tendões e evitar os vícios posturais e imobilidade que podem provocar contraturas e úlceras de pressão. Para isso o fisioterapeuta utiliza recursos para realizar exercícios terapêuticos em diferentes fases do tratamento e de acordo com as condições clínicas e necessidades do doente, para alcançar a melhor efetividade do tratamento. Além disso, a fisioterapia pode incrementar no indivíduo o desenvolvimento da autonomia e independência, bem como estabelecer a responsabilidade de autoajuda e melhorar a sua autoestima. A fisioterapia tem o papel de potencializar o caminho da humanização e promover a sociabilização. A intervenção dos fisioterapeutas contribui para a diminuição de risco de complicações e infeções hospitalares, bem como reduz o sofrimento dos doentes em termos globais, e consequentemente, permite a diminuição do tempo médio do internamento. Assim a intervenção do fisioterapeuta no hospital, promove benefícios efetivos para os doentes, mas também permite a redução de custos com a saúde em geral. Alguns estudos mostram que quanto mais precoce for a intervenção do fisioterapeuta, melhores e mais rápidos são os resultados para os doentes e para as próprias instituições<sup>8,28</sup>.

### 2.6.2 O fisioterapeuta na equipa multidisciplinar

A palavra “equipa” originou-se do termo “*esquif*” que designava uma fila de barcos amarrados uns aos outros e puxados por homens ou cavalos. Este conceito dos barqueiros ou cavalos a puxarem juntos os barcos amarrados sugere a ideia de trabalho em equipa. Os estudos sobre equipa e processos de formação de equipas tiveram início na década de 50/60. Entretanto, só a partir dos anos 80 é que as equipas começaram a ocupar um espaço nas organizações de trabalho. Neste contexto, a noção de equipa multidisciplinar é tomada como um modelo de atuação importante uma vez que existem profissionais de diferentes áreas a atuar conjuntamente, e a articulação da sua prática não constitui nenhum problema<sup>29</sup>.

O trabalho em equipa surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços em geral e dos serviços de saúde em particular.

As equipas de saúde parecem ser mais complexas que as de mais por dois motivos: primeiro porque lidam com a vida; segundo por serem várias as profissões no âmbito da saúde<sup>30</sup>. Deste modo a conceção de equipas distingue-se, pela ação oposta à severidade e isolamento disciplinar, na tentativa de abranger todas as partes, para concentrar todos os “olhares” no mesmo problema. As intervenções em saúde derivam

da avaliação e da eleição entre várias possibilidades que nos levam a “fazer bem as coisas” (eficiência) e “fazer as coisas certas” (eficácia)<sup>30,31</sup>.

No processo de formação das equipas deve-se ter em conta os aspetos: planeamento de serviços, estabelecimento de prioridades, redução da duplicação dos serviços, geração de intervenções mais criativas, redução da rotatividade, com resultados na redução de custos, possibilitando a redução de investimentos. Num estudo realizado no Brasil sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), para uma melhor atuação dos profissionais de saúde foi construída uma equipa formada pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, auxiliar administrativo, terapeuta da fala além de assistentes sociais e psicólogos. Observou-se que essas equipas conseguiram dar uma melhor resposta aos doentes daquele serviço<sup>32,33</sup>. Assim as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiências, pelo facto de serem mais flexíveis, reagindo melhor às mudanças.

Uma boa equipa é aquela cujo processo de interação é usado para partilhar informações e para tomada de decisões com o objetivo de ajudar no desempenho de cada membro, na sua área específica de atuação, sendo o desempenho considerado apenas como reunião das contribuições individuais dos seus membros, além das suas competências individuais<sup>32</sup>. A equipa de saúde, apesar de possuir todos os elementos considerados cruciais para seu desenvolvimento e manutenção, em comparação com as equipes em geral, conta ainda com algumas particularidades, em especial as relacionadas com a condição de convivência entre especialidades. Os membros da equipa colaboram continuamente para resolver os problemas dos doentes/utentes que são extremamente complexos para serem resolvidos por um único profissional. Com a finalidade de fornecer cuidados tão eficientes quanto possível. Uma equipa multidisciplinar cria estruturas formais e informais que encorajam a resolução de problemas de forma assertiva<sup>32,33</sup>.

O fisioterapeuta, como parte integrante das equipas de saúde ao realizar as suas atividades quotidianas, depara-se com diversas situações que solicitam a mobilização contínua de conhecimentos capacidades e competências em termos biopsicossociais. Nesse sentido as relações dos fisioterapeutas com o seu ambiente de trabalho, centram-se não apenas em relação ao meio propriamente dito, mas também nas suas relações sociais, nos seus instrumentos de trabalho, nas atividades realizadas com esses e a própria organização do trabalho<sup>34</sup>.

Existem três grandes modelos de organização de trabalho em equipa que são: Modelo multidisciplinar, modelo interdisciplinar e modelo transdisciplinar.

Modelo multidisciplinar - é o modelo que se apresenta com maior liberdade de atuação e pouca exigência de interatividade, é no fundo o somatório das atividades prestadas pelos profissionais.

Modelo interdisciplinar - é mais integrado que o multidisciplinar e o trabalho com outros profissionais é mais interativo.

Modelo transdisciplinar - é o modelo que transmite a ideia de equipas mais fortes estruturadas e dinâmicas onde há maior coresponsabilidade dos membros da mesma. Cada modelo adequa-se a uma realidade de trabalho específica, tendo em conta as necessidades, objetivos e prioridades de cada Instituição ou sector. O fisioterapeuta como profissional da saúde está habilitado a trabalhar em qualquer um destes modelos<sup>31,35,36</sup>.

Neste trabalho referencia-se mais o modelo multidisciplinar uma vez que é a opção dentro do modelo de trabalho em equipa que promove individualmente cada profissional podendo assim evidenciar a contribuição específica para cada profissão<sup>37</sup>. O trabalho em equipa exige do profissional uma dinâmica que proporcione harmonia entre os membros e qualidade dos serviços. Assim Pedizzi<sup>38</sup> descreve os atributos necessários para um bom trabalho em equipa dependendo de algumas capacidades como constam na tabela abaixo:

**Tabela 2.1** Competências do profissional que trabalha em equipa

<b>Saber agir</b>	Saber o que e porque faz, saber julgar, escolher, decidir.
<b>Saber mobilizar recursos</b>	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências
<b>Saber comunicar</b>	Compreender, trabalhar, transmitir informações e conhecimentos.
<b>Saber aprender</b>	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais, saber desenvolver-se.
<b>Saber envolver-se e comprometer-se</b>	Saber compreender e assumir riscos
<b>Saber assumir responsabilidades</b>	Ser responsável assumindo riscos e consequências das suas ações e sendo por isso reconhecido.
<b>Ter visão estratégica</b>	Conhecer e entender o negócio e o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

Fonte: adaptado de Pedizzi<sup>38</sup>

As equipas de assistência de saúde têm como Objetivos: aperfeiçoar as habilidades dos seus membros, compartilhar a gestão de casos, prestar serviços de saúde de melhor qualidade aos doentes/utentes e à comunidade. Como foi descrito acima o fisioterapeuta é o profissional que atua em diversos contextos desde hospitais, lares, desporto, escolas, empresas, domicílio, e outros. Daí a importância das cooperações com os vários profissionais, doentes/utentes, familiares, acompanhantes, com quem tenha de lidar ou esteja a trabalhar, para maiores e melhores resultados<sup>36,39</sup>.

## 2.7 Conceito de Qualidade

O termo qualidade leva-nos a ter em consideração vários aspetos ligados ao bem, eficiente, e eficaz. Na realidade falar de qualidade não é um processo tão simples quanto pode parecer, pois a sua interpretação é subjetiva e multidimensional. Falamos em qualidade de vida, qualidade dos produtos, qualidade dos serviços em fim mas em todos os sentidos a sua finalidade é normalmente satisfação.

A palavra qualidade vem do latim "*qualitate*" **Qualidade** é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso<sup>40</sup>. Os padrões da qualidade a nível mundial seguem as normas (ISO) criadas em 1946. Desde a sua criação que é dirigida para serviços, produtos, materiais e sistemas que ajudam na prática da avaliação da conformidade da gestão e das organizações. É utilizada como base nas políticas da qualidade com o objetivo de garantir a interoperacionalidade<sup>40,41</sup>.

Os aspetos da qualidade têm sido motivo de preocupação para as sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento. A filosofia da qualidade chegou às instituições a partir dos anos 60 e para tal foram realizados grandes investimentos sobretudo na indústria. A melhoria da qualidade apresenta-se desde essa altura como um conceito em crescimento<sup>40,43</sup>. Neste contexto ressalta-se que o conceito teve o seu processo de evolução faseadamente, destacando-se:

- Era da inspeção: observou-se que a preocupação com a qualidade passava pela verificação dos produtos, através da participação do cliente á inspeção. O consenso a que se chegou com este procedimento é que a inspeção encontra defeitos porém, não produz qualidade<sup>43</sup>.

-Era do controle estatístico: esta foi dada num período em que os produtos eram verificados por amostragem, através da criação de departamentos especializados para fazer o controlo da qualidade e dava-se maior importância na localização de defeitos<sup>43</sup>.

-Era da qualidade total, onde se destacam quatro processos: controlo do processo produtivo, responsabilização da empresa, prevenção de defeitos, qualidade assegurada. Deu-se a criação de sistemas de administração da qualidade<sup>40,43</sup>.

Deming, considerado o precursor da gestão da qualidade na área industrial considerou, na sustentação da sua teoria que a qualidade de uma produção, produto ou serviço só é determinada pelo cliente<sup>44,45,46</sup>. Dai a necessidade de ter sempre em consideração as expectativas do cliente uma vez que ele é o alvo da empresa, sendo a razão da existência do serviço ou produto. É considerado o pioneiro do conceito da qualidade por ter sido ele a expandir essa filosofia da qualidade às atividades para a solução de diferentes de problemas já na década de 50.

### 2.7.1 Qualidade em saúde/Angola

A qualidade não é um conceito fácil de tratar por si só; aplicada a saúde torna-se ainda mais complexa. As apostas na qualidade da saúde trazem benefícios e grandes progressos na sociedade. O seu conceito é definido por um lado pelos *standards* profissionais, pelos seus códigos (prestadores de cuidados) e por outro lado pelas expectativas dos doentes e pelos seus direitos (recetor de cuidados) promovendo assim, a garantia de uma boa gestão da qualidade<sup>47,48,49,50</sup>.

A qualidade em saúde é definida pela OMS como sendo um “conjunto integrado de atividades planeadas, baseadas nas definições de metas explícitas e na avaliação do

desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados<sup>51,52</sup>.

.A prestação de cuidados de saúde em Angola é classificada em três níveis: Primário, Secundário e Terciário.

Os cuidados primários da saúde são representados por Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos. Os cuidados secundários são representados nos Hospitais Gerais. Os cuidados terciários são serviço de saúde mais apurados ou específicos, onde se inserem os Hospitais de referência polivalentes e especializados<sup>4,54</sup>.

É de ressaltar que em Angola os cuidados de saúde são, na sua maioria, fornecidos pelo setor público nomeadamente, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior. Inclui ainda, empresas públicas, tais como, a SONANGOL, ENDIAMA, entre outras.

De acordo com a OMS, até os países onde os sistemas de saúde são bem desenvolvidos e com bons recursos é evidente que a qualidade ainda é uma preocupação séria; em relação aos países em desenvolvimento existe a necessidade de otimizar a utilização de recursos e expandir a cobertura populacional, baseando-se em estratégias locais para uma melhoria da qualidade<sup>51,52</sup>.

Em Angola a conquista da paz alcançada em 2002, trouxe grandes progressos em vários sectores e a saúde não tem ficado de parte. A luta pela qualidade tem sido uma realidade constante, embora sabendo-se que não tem sido fácil pois a maior parte dos serviços de saúde que existem são públicos e totalmente grátis. A participação do sector privado ainda está a dar os primeiros passos e é centralizada na nas zonas urbanas.

O plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025<sup>55,56</sup> trás nova luz sobre a saúde em Angola. Neste plano constam alguns dos Objetivos do Estado para a saúde dentre eles apontam-se:

- 1) Melhorar a prestação de cuidados de saúde com qualidade, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares;
- 2) Operacionalizar a prestação de cuidados de saúde a nível comunitário e em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária, respondendo às expectativas da população;

- 3) Melhorar a organização, a gestão e o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, através da afetação dos recursos necessários e a adoção de normas e procedimentos que aumentem a eficiência e a qualidade das respostas do SNS;
- 4) Participar na transformação das determinantes sociais da saúde e promover as parcerias nacionais e internacionais, em prol da redução da mortalidade materna e infantil e dos Programas de combate às grandes endemias;
- 5) Acompanhar e avaliar a implementação do PNSD, incluindo o desempenho do sector, através do SIS e estudos especiais;
- 6) Servir de base para a revisão e adequação da Política Nacional de Saúde em 2018 e 2026.

O ministério da saúde visa com este plano aumentar e melhorar os serviços existentes tanto em infraestruturas como no quadro pessoal das diversas áreas da saúde particularmente da reabilitação/ fisioterapia onde diz “A reabilitação física é uma das componentes da Atenção Primária, e que os serviços de fisioterapia são oferecidos nos hospitais centrais”<sup>56</sup>.

Neste contexto, importa referir a título de exemplo que, no SNS Português o processo para melhoria dos serviços de saúde pública foi se desenvolvendo, sofrendo influências políticas, económicas, sociais e religiosas de forma a dar resposta aos problemas de saúde que foram sendo identificados. É de salientar que o SNS Português não é grátis mas sim participado através dos impostos exceto para aquelas

pessoas que não consigam fazer esta participação ou que o estado acha que não o devem fazer como grávidas, crianças e outras<sup>57</sup>. A saúde em Angola é gratuita sendo financiada totalmente pelo estado, pelo que eventualmente se adivinham em termos futuros outras modalidades para o financiamento do próprio SNS em Angola. No entanto para manter a organização e incrementar o progresso, é necessário começar a preparar o futuro antecipadamente<sup>58,59,60</sup>. Assim importa referir apenas o carácter informativo que em Portugal o Ministério da Saúde com o Decreto-lei nº110/2014, de 10 de Julho criou o fundo para a investigação em saúde que visa o fortalecimento das atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, obter ganhos em saúde<sup>61</sup>. A criação deste fundo para a investigação visa promover a saúde investigando problemas ligados ao diagnóstico e tratamento de várias doenças para as quais a investigação contribui nas soluções que não seriam possíveis ou levariam muito tempo para serem descobertas. Como é sabido a Prática Baseada na Evidência (PBE)

tem sido utilizada como ferramenta importante para muitos clínicos, investigadores e outros. Para que as informações resultantes destas pesquisas sejam disseminadas com segurança e garantam a qualidade desejada, é necessário o investimento em projetos de investigação<sup>62</sup>. A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, através da formação de profissionais com projeção internacional tendo em vista a melhoria da prestação dos cuidados da saúde, uma área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos e render reconhecimento nacional e internacional<sup>57,62</sup>. Várias empresas para conseguirem promover a qualidade têm vindo a utilizar o sistema de certificações dos serviços de saúde. A certificação deve ser feita na realidade por entidades acreditadas oficialmente como por exemplo: Associação Portuguesa de Certificação (APCER), Sociedade Geral de Superintendência (DGS), Technischer Uberwachungs Verein (TUV) e outras que dão reconhecimento de que o serviço guia-se pelo processo da gestão da qualidade com regulamentos definidos na Norma Portuguesa (NP), Norma Europeia (EN), regulados pela ISSO 9001. A acreditação é feita através de auditorias, e após a acreditação segue-se todo um processo de melhoria contínua<sup>63,64</sup>. Após a acreditação da empresa, deverá continuar a cumprir com os requisitos dos padrões da qualidade, caso isso não aconteça esta empresa poderá perder a sua certificação e recomeçar todo o processo de novo além de correr o risco de perder os seus clientes, uma vez que hoje a população dá muita importância e investe na qualidade.

### 2.7.2 O ciclo planeamento, execução, verificação e ação ou *deming* na melhoria contínua da qualidade

As empresas têm procurado a melhoria contínua com a utilização das ferramentas da qualidade, abrangendo os ciclos PDCA (planeamento, execução, verificação e ação).

O ciclo PDCA foi idealizado na década de 20 por Walter A. Shewarth, e em 1950, passou a ser conhecido como o ciclo de Deming, em tributo ao “guru” da qualidade, William E. Deming, que publicou e aplicou o método<sup>45</sup>.

Slack *et al*<sup>45</sup> considera a melhoria contínua como um procedimento ininterrupto, que discute e rediscute as atividades delineadas de uma intervenção. O princípio repetitivo e periódico da melhoria contínua é mais sucinto que o ciclo (PDCA) ou ciclo de Deming. O método PDCA, por sua vez é a sucessão de trabalhos realizados de modo circular para aperfeiçoar esforços<sup>46</sup>.

O método PDCA é definido como um método de gestão para a promoção da melhoria contínua e reflete, a base da filosofia do melhoramento contínuo<sup>47</sup>. Por isso, é

fundamental que estas fases sejam consecutivas, gerando a melhoria contínua distribuída na organização e estabelecendo a unificação de práticas<sup>46</sup>.

As fases do ciclo PDCA são apresentadas da seguinte forma:

1ª Fase – *Plan* (Planeamento). Nesta fase é fundamental definir os Objetivos e as metas que se pretende alcançar. Para isso, as metas do planeamento estratégico precisam de ser delineadas nos planos que simulam as melhores condições do cliente e do padrão de produtos, serviços ou processos. Dessa forma, as metas só serão alcançadas utilizando as metodologias que contemplam as práticas e os processos.

2ª Fase – *Do* (Execução). Esta tem por objetivo a prática, por esta razão, é imprescindível oferecer treinos na perspectiva de viabilizar o cumprimento dos procedimentos aplicados na fase anterior. No decorrer desta fase é necessário colher informações que serão aproveitadas na fase seguinte, exceto para os colaboradores que já estão a acompanhar o trabalho desenvolvido na organização.

3ª Fase – *Check* (Verificação). Nesta fase, é realizada a a averiguação do que foi planeado mediante as metas estabelecidas e os resultados alcançados. Sendo assim, o parecer deve ser fundamentado em acontecimentos e informações e não em sugestões ou percepções.

4ª Fase – *Act* (ação). A última etapa baseia-se no diagnóstico, de forma a identificar a causa do problema com a finalidade de prevenir a reprodução dos resultados não esperados, caso, as metas planeadas anteriormente não tenham sido atingidas<sup>47,48</sup>.

Por esta razão a aplicação do método PDCA tem o propósito de resolver problemas e alcançar metas, daí passar por várias etapas da definição do problema, análise do fenómeno e do processo, estabelecimento do plano de ação, ação, verificação, padronização e conclusão. Por isso, é essencial o uso de ferramentas, de acordo com o tipo do problema.

Para girar o ciclo PDCA é imprescindível ter visão futura dos processos e maximizar a competitividade da empresa. Para isso, os protótipos devem ser seguidos, porém se os resultados esperados não forem alcançados, o ciclo PDCA deverá ser reiniciado<sup>47</sup>.

Há que se destacar que essas quatro fases contribuem para a identificação dos problemas, e das tomadas de decisões.

Os denominados "14 princípios", estabelecidos por Deming, e a essência da sua filosofia aplicam-se tanto nas organizações pequenas e grandes, tanto na indústria de

transformação como na de serviços<sup>44-50</sup>. Do mesmo modo, aplicam-se a qualquer uma empresa:

**1º Princípio:** Estabelecer constância de propósitos para a melhoria do produto e do serviço, tendo como objetivos tornar-se competitivo e manter-se em atividade, bem como criar emprego;

**2º Princípio:** Adotar uma nova filosofia, uma vez que estamos numa nova era caracterizada por diversas alterações económicas.

**3º Princípio:** Deixar de depender da inspeção para atingir a qualidade. Eliminar a necessidade de inspeção em massa, introduzindo a qualidade no produto desde o seu primeiro estágio;

**4º Princípio:** Cessar a prática de aprovar orçamentos com base no preço. Ao invés disto, minimizar o custo total. Optar em ter um único fornecedor para cada item, num relacionamento de longo prazo fundamentado na lealdade e na confiança;

**5º Princípio:** Melhorar constantemente o sistema de produção e da prestação de serviços, de modo a melhorar a qualidade e a produtividade e conseqüentemente, reduzir de forma sistemática os custos;

**6º Princípio:** Instituir planos de formação no local de trabalho;

**7º Princípio:** Instituir liderança. O objetivo da chefia deve ser o de ajudar as pessoas, as máquinas e os dispositivos a executarem um trabalho melhor. A chefia administrativa pode necessitar de ser renovada, tanto quanto a chefia dos trabalhadores de produção;

**8º Princípio:** Eliminar o medo, de tal forma que todos trabalhem de modo eficaz para a empresa;

**9º Princípio:** Eliminar as barreiras entre os departamentos. As pessoas envolvidas em pesquisas, projetos, vendas e produção devem trabalhar em equipa, de modo a anteverem os problemas de produção e de utilização do produto ou serviço;

**10º Princípio:** Eliminar lemas, exortações e metas para a mão-de-obra que exijam nível zero de falhas e estabeleçam novos níveis de produtividade. Tais exortações apenas geram inimizades, visto que o grosso das causas da baixa qualidade e da baixa produtividade encontram-se no sistema, estando, portanto, fora do alcance dos trabalhadores;

**11º Princípio:** Eliminar padrões de trabalho (quotas) na linha de produção. Substitua-os pela liderança; eliminar o processo de administração por objetivos. Eliminar o processo

de administração por percentagens, por objetivos numéricos. Substitua-os pela administração por processos através do exemplo de líderes;

**12º Princípio:** Remover as barreiras que privam o operário do seu direito de orgulhar-se do seu desempenho. A responsabilidade dos chefes deve ser mudada de números absolutos para a qualidade; remover as barreiras que privam as pessoas da administração e da engenharia do seu direito de se orgulhar do seu desempenho. Isto significa a abolição da avaliação anual de desempenho ou de mérito, bem como da administração por objetivos.

**13º Princípio:** Instituir um forte programa de educação e auto aprendizagem.

**14º Princípio:** Envolver todos os funcionários da empresa no processo de realizar a transformação. A mesma é da competência de todos eles<sup>48</sup>.

O Ciclo PDCA é projetado para ser usado como um modelo dinâmico. A conclusão de uma volta do ciclo irá fluir no começo do próximo ciclo, e assim sucessivamente. Desta forma a melhoria da qualidade contínua, é um processo que pode ser realizado podendo vir a dar origem a um novo processo de mudança

A utilização do Ciclo PDCA envolve várias possibilidades, com o objetivo de coordenar esforços de melhoria contínua, enfatizando que cada programa de melhoria deve começar com um plano cuidadoso (definir uma meta), de forma a que possam vir a ser comprovadas em termos de eficácia para enfim, obter os resultados da melhoria que garantem a sobrevivência da empresa<sup>48,49</sup>.

O método pode ainda ser utilizado na resolução de problemas crónicos ou críticos, que prejudicam o desempenho de um projeto ou serviço denominado por Gestão da Rotina, sendo utilizado a mesma metodologia de trabalho adotada no caso de um programa de melhoria, com a definição de uma meta e ações a serem efetivadas, bem como para a atuação contínua sobre o problema detetado<sup>48</sup>.

A fase PLAN do ciclo PDCA é subdividido em cinco etapas, as quais são elencadas a seguir:

1. **Identificação do problema:** A identificação adequada de qualquer problema, começa pela delimitação do seu campo de atuação e reconhecimento da sua importância (prejuízos) para o processo, e então, sendo detalhado para todos os envolvidos, proporcionará um aumento da eficácia na solução do problema. Portanto, a empresa deve despender um prazo relevante para que o problema possa ser bem

definido e esclarecido. Problema propriamente dito é definido, como um resultado indesejado de um processo<sup>48</sup>;

2. **Estabelecer meta:** As metas devem ser sempre estabelecidas nos fins (no produto, na satisfação e segurança das pessoas envolvidas com o processo), e não nos meios (no processo), pois no processo não haverá metas, mas sim medidas (ou contra medidas) para as causas dos problemas. Não é recomendável estipular metas que não possam ser alcançadas, ou que, por alguma eventualidade, o seu alcance venha a ser prejudicado. A definição da meta, deve ter em consideração fatores não previsíveis – fator climático, avarias no equipamento, falta de funcionários, e outros imprevistos – para, definir de forma adequada a meta, para que a mesma venha a ser atingível, e atenda as necessidades de todos os envolvidos no projeto;

3. **Análise do fenómeno:** Esta encontra-se na análise detalhada do problema detetado, através dos factos e dados, ou seja, irá descobrir todas as características do problema em questão através da colheita de dados. Nesta fase no reconhecimento do problema é aconselhável que se despenda o maior tempo possível, pois quanto mais estratificado estiver o problema, mais fácil será resolvê-lo.

Para tanto, deve-se fazer um levantamento do histórico de ocorrências desse problema – através da análise de relatos anteriores (os quais podem estar formalizados ou não), e empregar ferramentas específicas. – Ferramentas de análise e melhoria de processos – a fim de estratificá-lo, facilitando a atuação sobre o mesmo. Essas ferramentas podem variar de acordo com cada caso<sup>48</sup>.

A descoberta das características do problema por meio de coleta de dados inicia-se com a observação do problema sob vários pontos de vista (estratificação). Esses pontos de vistas podem ser descritos da seguinte maneira<sup>51</sup>:

- Tempo – os resultados são diferentes de manhã, à tarde, à noite, às segundas-feiras, feriados, entre outros?
- Local – os resultados são diferentes nas partes diferentes de uma peça (no caso do problema estar localizado num produto), apresentando defeito na parte superior, intermédia ou inferior?
- Tipo – os resultados são diferentes dependendo do produto, da matéria-prima ou do material utilizado?
- Sintoma – os resultados são diferentes se os defeitos são cavidade ou porosidade (no caso do problema ter foco no produto), se o absentéismo é por falta ou licença médica

(problema encontrado nos recursos), se a paragem no serviço é devido a fatores climáticos, ou falhas mecânicas (no caso do problema estar relacionado com o serviço)?

- Outros fatores – os resultados são diferentes por turmas de trabalho, operadores, processos, instrumentos de medições, ferramentas, sazonalidade?

Podem existir, neste caso, inúmeros pontos de vista, sendo que a empresa deverá optar por aqueles que melhor identificam o problema, delimitando-o e estratificando-o da forma mais clara, para que possa ser analisado minuciosamente.

A observação do problema também deve ser realizada in loco. Após um pré-estudo do problema, o mesmo deve ser observado no próprio local da ocorrência, para a colheita de informações suplementares que não podem ser obtidas na forma de dados numéricos<sup>48,51</sup>;

**4. Análise do processo** (causas): analisar o processo é procurar as causas mais importantes que provocam o problema, através da análise das características importantes. Para que essa fase obtenha êxito, o processo de identificação das causas deve ser executado da maneira mais democrática e participativa possível. Explanando essa premissa, para que todas as pessoas que trabalham na empresa e que, independente do cargo que ocupam, sejam envolvidas na resolução do problema identificado e para contribuir para a solução do mesmo, assim as mesmas devem participar da reunião de análise das causas, enriquecendo-a com diversos pontos de vista relativamente á percepção das causas mais prováveis que provocam o problema<sup>48,51</sup>.

**5. Plano de ação:** Os planos de ação colocam a gestão da rotina do trabalho do dia-a-dia em funcionamento. Essa ferramenta viabiliza a ação concreta na gestão, delegando responsabilidades para todos os envolvidos no plano de ação. O objetivo do plano de ação, é tornar operacional a implantação de metas no processo de produção de forma a que se tenha probabilidade de sucesso<sup>48</sup>.

Para a elaboração do plano de ação, deve-se seguir uma metodologia, sendo que a mais indicada, é a metodologia conhecida como 5W1H. A mesma consiste em elaborar o plano de ação baseado em seis perguntas que irão definir a estrutura do plano. Essas perguntas, compostas no idioma inglês, se apresentam, da seguinte maneira<sup>48, 51,52</sup>:

- **WHAT (O QUÊ)** – define o que será executado, contendo a explicação da ação a ser desenvolvida (utilizam-se geralmente verbos no infinitivo, de maneira sucinta, a fim de definir uma ação);

- WHEN (QUANDO) – define quando será executada a ação (prazo de início e término da ação);
- WHO (QUEM) – define o responsável pela ação (nesse caso, aconselha-se que haja apenas um responsável por ação, a fim de manter a credibilidade da execução da ação);
- WHERE (ONDE) – define onde será executada a ação (pode ser um local físico especificado, como um sector da organização);
- WHY (POR QUÊ) – define a justificação para a ação em questão (esse campo apresenta a finalidade imediata da ação a ser tomada);
- HOW (COMO) – define a forma de como será executada a ação (este campo é um complemento para o primeiro campo – WHAT – discriminando a ação estipulada neste último).

Analisando esses seis tópicos, pode-se proceder a estruturação do plano de ação, de uma maneira clara e detalhada, sendo que o mesmo deverá ser divulgado para todos os envolvidos nas ações definidas<sup>48,49,52</sup>.

O ciclo PDCA apresenta na Gestão Estratégica das empresas o seu maior potencial de aplicação, pois ele irá trabalhar os seus problemas do dia-a-dia e através da utilização de todos os recursos inerentes ao método, os problemas que prejudicam a sobrevivência das empresas serão identificados, sendo dada prioridade pelo seu grau de importância e pelo impacto negativo que causa ao negócio, serão tratados de forma eficaz, com ações que irão bloquear as causas levantadas<sup>49</sup>.

## **2.8 Caracterização do local do estudo**

A Província do Huambo situa-se no Planalto Central a Sul de Angola, ocupando uma superfície de 35.771 Km<sup>2</sup> correspondente a 2,61% da extensão do país. Tem como limites as províncias do Bié a leste e nordeste, de Benguela a oeste, da Huíla a Sul e do Cuanza Sul a noroeste. É constituída por 11 municípios e as suas respetivas comunas. A província tem uma população estimada de 1.896.147 habitantes, sendo que no município cede (Huambo) residem 665 574, correspondente a 35% do total da população da província. Cerca de 55% da população vive em zonas urbanas e 45% nas zonas rurais. A representação percentual da população do Huambo é de 8% da população do País dados do “Censo 2014”. Esta província conta com 42 Centros de Saúde, 4 Centros materno infantil, 5 Hospitais municipais, 1 hospital Geral, 52 postos de saúde<sup>1,54</sup>.

O HGH existe desde 1956 data da sua inauguração e é regido no Decreto Presidencial 260/10 de 19 de Novembro e também pela lei de bases do SNS, no Decreto-lei nº21-13/92. Lei de bases <sup>54</sup>. Tem mais de 25 especialidades dentre as quais Cardiologia, Cuidados intensivos, Pediatria, Medicina Interna, Cirurgia, Imagiologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Oftalmologia, Dermatologia, Estomatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Gastrenterologia, Oncologia, Anestesiologia, Nefrologia, Pneumologia, Neurologia, Endocrinologia, Análises Clínicas, Hematologia, Fisioterapia e Anatomia Patológica.

O hospital tem no total 1023 funcionários, e uma capacidade para internar aproximadamente 800 utentes, é um hospital que atende pessoas com patologias diversas residentes no Huambo e em outras províncias, como Cuando Cubango, Bié, e pessoas vindas de alguns municípios do Cuanza-Sul. A média diária de atendimento é de 600 doentes.

A sua equipa clínica é composta por 17 médicos angolanos e 60 médicos estrangeiros; 530 enfermeiros dos quais 4 são especialistas e 75 Técnicos de diagnóstico e terapêutica. Está previsto que o hospital venha a ter mais um edifício para albergar a farmácia, o laboratório de anatomia patológica, o departamento de estatística e mais alguns serviços indispensáveis para o bom funcionamento da unidade sanitária. Esta iniciativa visa essencialmente a melhoria do atendimento nos serviços hospitalares, procurando satisfazer às exigências dos cidadãos<sup>2</sup>.

Para além disto encontra-se ainda em desenvolvimento um projeto no âmbito da requalificação da pediatria. A futura pediatria engloba um banco de urgência, com consultórios para todas as especialidades, um bloco operatório, sala de atendimento a politraumatizados, cuidados intensivos para doentes em estado grave e serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento das patologias<sup>2</sup>.

A nível da sua estrutura hierárquica esta é composta pela Direção Geral, Direção Administrativa, Direção Clínica, Direção de Enfermagem, Direção Pedagógica e Científica. (Informação fornecida pela direção dos recursos Humanos do HGH).

Até há dois anos atrás, a taxa de mortalidade infantil na província era alta, e a causa baseada em vários fatores, facto que sempre preocupou as autoridades governamentais e não só. Atualmente de acordo com o portal de notícias Angola Press (ANGOP), devido às várias ações que têm sido levadas a cabo tais como: luta contra a malária, aumento da vacinação à população infantil, distribuição de redes de mosquiteiros, testagem voluntária contra o VIH/Sida e a sensibilização da população na mobilização

social para a prevenção destas e outras doenças, é notória a diminuição da mortalidade nesta camada populacional<sup>65</sup>.

Em termos gerais até 5 anos atrás morria-se mais de malária do que de qualquer outra doença tanto na população infantil como nos adultos. Atualmente o quadro inverteu-se, uma vez que, não tem sido só a malária a principal causa de morte podendo variar entre outras doenças como podemos observar na tabela abaixo:

**Tabela 2.2** Taxa de mortalidade na província do Huambo

Anos	1º	2º	3º	4º	5º
2010	Malária 612	Acidentes 312	DRA 293	DDA 254	Tuberculose 65
2011	Acidentes 334	DRA 241	Malária 162	DDA 136	Tuberculose 125
2012	Acidentes 370	DRA 209	Tuberculose 123	DDA 81	Malária
2013	Acidente 384	DRA 280	Tuberculose 113	DDA 107	HIV Sida 77

Fonte: Vitongue<sup>54</sup>.

### 3. DESENHO METODOLÓGICO

---

Em primeiro lugar, apresenta-se uma breve contextualização relativamente ao projeto que se pretende desenvolver, criando assim uma base que permita entender em que medida o mesmo se poderá desenvolver.

Em qualquer estudo importa definir os passos do planeamento da investigação sendo que estes passam por identificar o problema que se pretende estudar, determinação do quadro teórico, definição do trabalho de campo e recolha, tratamento e interpretação dos dados recolhidos, devendo ou não ser elaborado um cronograma de apoio que mostre a organização do desenvolvimento do estudo<sup>66</sup>.

#### 3.1 Objetivos do trabalho

A definição dos objetivos é um passo fundamental na delimitação de qualquer estudo ou investigação uma vez que eles são a meta onde o investigador pretende chegar.

Desta forma, um objetivo pode ser definido como um propósito ou alvo que se pretende atingir isto é, consiste em tudo aquilo que se pretende alcançar, sendo que para isso ser necessário definirem-se as ações que levarão à sua concretização.

A definição de objetivos deve respeitar algumas regras como por exemplo serem claros, simples, válidos, operacionais e observáveis, ou seja, todos os objetivos devem ser Específicos; Mensuráveis; Atingíveis; Realistas e Temporizáveis<sup>67</sup>.

A definição de objetivos deve respeitar esta regra pois só assim, será possível que o investigador não se desvie do seu caminho com outras opções que até podem ser de interesse mas que, para os objetivos definidos em questão não são pertinentes.

Assim, os objetivos permitem que o investigador se centre no que realmente é importante para o seu estudo, não correndo risco de divagar entre as várias temáticas que podem estar associadas e interligadas com a sua investigação.

Desta forma, para o presente estudo, definiu-se um objetivo geral e alguns objetivos específicos.

O **objetivo geral**: - Elaborar a proposta de um serviço de fisioterapia para o HGH, avaliando a sua qualidade.

Quantos aos **objetivos específicos**, e consubstanciando as preocupações relacionadas com a qualidade dos cuidados prestados foram definidos:

1. Caracterizar o contexto, as partes interessadas e a situação atual da fisioterapia no HGH;
2. Identificar as necessidades, dificuldades e expectativas, referentes à fisioterapia, percebidas pelos profissionais de saúde e órgãos de gestão;
3. Dar a conhecer os benefícios e a importância da utilização do Ciclo PDCA para garantir a qualidade do serviço de fisioterapia do HGH;
4. Elaborar uma proposta de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia, utilizando o ciclo PDCA.

A finalidade deste trabalho de investigação é de propor a melhoria do serviço de fisioterapia do HGH, de forma a proporcionar maior qualidade dos serviços prestados. Um serviço de fisioterapia bem organizado é essencial em qualquer hospital, especialmente num com as características do HGH, para que o fisioterapeuta seja capaz de aplicar os conhecimentos da sua competência tais como: avaliar, prevenir e tratar as várias situações que necessitem da atuação deste profissional.

### **3.2 Tipo de estudo**

Este estudo é exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. Utilizou-se a revisão de literatura para consubstanciar a fundamentação teórica do trabalho.

As pesquisas exploratórias tem como objetivo principal desenvolver e esclarecer conceitos, visando a identificação do problema e as questões orientadoras bem como a familiarização com um assunto que é ainda pouco conhecido e explorado<sup>68</sup>.

Este trabalho de pesquisa possui uma componente de pesquisa e revisão bibliográfica exaustiva, uma vez que se mostra fundamental a recolha da informação existente sobre o tema pesquisado, sendo que o mesmo tem sido ainda pouco explorado. Contudo, o resultado final deste processo é a definição de um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos sistematizados<sup>69</sup>.

A pesquisa descritiva que se apresenta visa essencialmente descrever as características de uma determinada população ou fenómeno, procurando estabelecer relações entre as variáveis. Neste tipo de pesquisa recorre-se à utilização de técnicas padronizadas de recolha de dados, de acordo com os objetivos que definimos para o referido estudo <sup>68</sup>

A abordagem que se desenvolve neste trabalho é qualitativa porque é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão

sentido às experiências e ao mundo em que elas vivem. Neste tipo de abordagem o investigador escolhe um determinado assunto no qual junta outras ideias e constrói uma realidade mais palpável para a questão em estudo<sup>68,70</sup>.

A característica da realidade que se apresenta pauta-se pela existência de poucos dados, uma vez que na prática o HGH não dispõe de um serviço de fisioterapia, que proporcione esse tipo de cuidados de saúde aos cidadãos. Assim, entendeu-se que se deveria ter uma abordagem mais exploratória no sentido de obtermos mais dados primários sobre a situação em análise, visando depois a elaboração de um referencial descritivo sobre a situação que permita ser a base para o lançamento de uma proposta de projetos concretos para a unidade hospitalar.

### 3.3 População e amostra

A população é o conjunto de todos os indivíduos que se deseja investigar algumas propriedades<sup>68</sup>. Os sujeitos objeto deste estudo foram um elemento do órgão de gestão: DC e o TF ambos funcionários do HGH. A amostra foram de apenas dois indivíduos por serem os elementos chaves para proporcionar os a informação desejada.

**Tabela 3.3** Perfil dos entrevistados

Entrevistados	Idade	Profissão	Atividade que exerce	Nível acadêmico
Diretor Clínico	39	Neurocirurgião	Diretor Clínico/ Médico auxiliar	Mestre
Fisioterapeuta	41	Técnico médio fisioterapia	Fisioterapia	Técnico médio

Fonte: Elaboração própria

### 3.4 Instrumento de recolha de dados

O processo de recolha de dados consiste em reunir de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda de técnicas escolhidas para esse fim. A entrevista é uma das estratégias mais frequentemente usadas na colheita de informação, pois, permite entrar no mundo da outra pessoa. A entrevista do ponto de vista do método é uma forma específica de interação social que tem como objetivo recolher dados para uma investigação. O investigador faz perguntas aos participantes que considere que podem fornecer dados de interesse, estabelecendo um diálogo peculiar, assimétrico, onde uma das partes procura recolher informações, sendo a outra fonte dessas informações<sup>70</sup>. A natureza deste estudo conduziu a que se privilegiasse a entrevista, por se tratar do instrumento mais adequado para a recolha de informação acerca do que os participantes sentem e expressam<sup>71</sup>.

Assim, e tendo por base o fenómeno em estudo optou-se pela entrevista semiestruturada. Esta permite a utilização de um guião previamente pensado e estruturado. A utilização de um guião, numa entrevista dá oportunidade à pessoa entrevistada de orientar o seu conteúdo, uma vez que uma entrevista demasiado rígida anula o seu carácter qualitativo<sup>68,70</sup>.

Deste modo, considerou-se que, ao efetuar entrevistas ao TF, e ao elemento do órgão de gestão/ DC do HGH, deu-se a possibilidade aos participantes de explicarem a sua experiência sobre o fenómeno em estudo, de modo a compreender a forma como cada um interpreta a sua realidade.

Antes da aplicação do instrumento de recolha de dados enviou-se um ofício à instituição pedindo que autorizassem a realização do estudo onde constou a identificação do investigador o tema de investigação bem como os objetivos gerais e específicos, a data, a hora e o local. Solicitou-se à instituição uma sala para a realização das entrevistas, foi enviada uma síntese do estudo, bem como o instrumento de recolha de dados, o consentimento informado e a autorização da gravação das entrevistas.

O pré-teste foi realizado através de uma reunião com dois peritos na área, um da investigação, e outro da fisioterapia. Teve como finalidade determinar se o guião dava resposta aos objetivos do estudo, se a sua compreensão era fácil e se todas as variáveis tinham utilidade para o estudo. Foi também possível prever o tempo que se despende na sua aplicação<sup>72</sup>.

Após obtida a autorização para a realização do estudo, foram marcadas e realizadas as entrevistas. Assim, num primeiro momento, foram descritos os objetivos do estudo, as finalidades, o motivo pelo qual se optou pela realização das entrevistas, o local de realização, a necessidade de autorização para a gravação das mesmas, assim como a garantia de anonimato e confidencialidade de todo o processo.

Em relação a este assunto os participantes foram esclarecidos que só a investigadora terá acesso à audição e transcrição integral das entrevistas. Foi dado igualmente tempo para os participantes colocarem as suas questões.

Formalizou-se o pedido de colaboração através do consentimento livre e informado que foi entregue após aceitação dos participantes com a respetiva assinatura de comprovação.

No segundo momento, procedeu-se à realização da entrevista. O investigador ajudou os participantes a descreverem as experiências vividas, sem contudo liderar totalmente a conversa, já que manter a confiança dos entrevistados foi fundamental, assegurando o

carácter confidencial das informações, e criando um ambiente que os estimulasse e levasse os participantes a ficarem à vontade e a falarem espontânea e naturalmente<sup>70</sup>.

O registo dos dados obtidos processou-se através da gravação digital direta das entrevistas, respeitando os princípios éticos orientadores da mesma. De seguida procedeu-se à audição integral, seguida da respetiva transcrição e do registo das observações realizadas acerca do comportamento do entrevistado e do ambiente onde decorreu a entrevista.

A análise dos dados recolhidos foi um processo contínuo e paralelo à recolha de dados e exigiu que o investigador se inteirasse profundamente nos mesmos.

Sendo uma estratégia de recolha de dados, cujo material narrativo necessita de ser organizado e estruturado para se extrair significado à luz da análise qualitativa, a entrevista determina uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade, concentração e trabalho árduo e permite, simultaneamente obter riqueza de informação que, pela sua natureza, torna pertinente a utilização da técnica de análise de conteúdo<sup>68</sup>.

A análise da investigação qualitativa é considerada um processo de mão na massa. Este processo considera que os investigadores têm de estar profundamente imersos nos dados e ao mesmo tempo que executam as entrevistas vão dissecando o seu conteúdo. É necessário escutar cuidadosamente aquilo que gravaram e já ouviram para descobrir os seus significados e transmiti-los com rigor, não esquecendo as considerações éticas<sup>68,71</sup>.

A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação e servir igualmente os diferentes níveis de investigação empírica.

Este tipo de análise consiste num conjunto de técnicas de análise de dados, que através da sistematização e da descrição de conteúdo, permite obter indicadores (quantitativos ou não) que conduzem a dedução de conhecimentos<sup>73</sup>.

A análise de conteúdo observou a modalidade temática, na qual a presença de determinados temas demonstra a sua frequência e o significado no estudo. Deste modo, dentro deste contexto de investigação optou-se pela análise de conteúdo, dado que é uma técnica que proporciona o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. Neste sentido trabalhámos de forma sistemática os conteúdos semânticos

das entrevistas, de modo a obter indicadores que permitiram, de forma indutiva, chegar às inferências.

De acordo com Bardin, as fases da análise de conteúdo estão organizadas em:

- 1) A pré-análise;
- 2) A exploração de material;
- 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação<sup>73</sup>.

A pré-análise é a fase de organização dos dados, que corresponde a um momento em que são utilizadas as intuições e tem por objetivo operacionalizar o pensamento inicial de forma a orientar-se para o principal sem que o investigador se desvie<sup>8,73</sup>.

Existem autores que referem que procede-se a uma leitura tipo “flutuante” onde as primeiras impressões e orientações devem guiar o investigador, fornecendo as informações reunidas que se vão consolidando aos poucos ao longo da análise<sup>70</sup>.

A segunda fase consiste na descrição analítica, isto é, na administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste nas operações de codificação, desconto ou enumeração, em função das decisões previamente definidas. A análise proporciona um quadro de referência que permite organizar os fragmentos da informação, facultando uma certa organização lógica, onde foram definidas categorias e subcategorias<sup>73</sup>.

As entrevistas foram codificadas para manter o anonimato:

- Cada entrevistado foi denominado por E, sendo seguido de um número que indicou cronologicamente as entrevistas;
- As expressões retiradas do discurso têm de aparecer associadas à entrevista a que lhe pertence. Utilizamos a referência à pergunta (P) onde foi dada a resposta e o parágrafo a que pertence (p);
- A utilização das reticências..., referem-se a uma pausa no discurso dos participantes no estudo;
- Reticências entre parêntesis (...) foram utilizadas quando um excerto da transcrição original não foi relevante para a análise e portanto não foi incluída;
- Uma palavra ou frase entre parêntesis (...) situa o contexto da declaração dos participantes ou confere significado à mesma declaração.

A última fase da análise de conteúdo é o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação que consiste basicamente em tornar significativos os dados que resultaram do processo de tratamento, isto é, dotá-los de capacidade de falarem por si, utilizando dispositivos que neste estudo foram quadros, de forma a sistematizarem e colocarem em evidência as informações fornecidas pela análise<sup>73</sup>.

No que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados, como já foi referido, teve-se em consideração em termos éticos os aspetos formais de pedido de autorização à instituição selecionada e o consentimento informado dos participantes. Neste contexto, foram salvaguardados os seguintes aspetos:

-Todos os participantes no estudo foram informados do objetivo do estudo, da metodologia a utilizar na recolha de dados bem como de todos os aspetos ligados à confidencialidade e anonimato. Após o esclarecimento dos participantes, foi entregue o consentimento livre e informado.

-Para que a recolha de dados fosse efetuada de uma forma honesta e aberta, procurámos um ambiente que permitisse a interação entre os participantes e a investigadora.

## 4. ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTA

---

O principal objetivo deste trabalho é a elaboração de uma proposta para um programa de melhoria contínua da qualidade no serviço de Fisioterapia do de HGH. Para tal foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas ao diretor clínico (DC) e ao fisioterapeuta (F) ambos trabalhadores do mesmo hospital.

Para realizar a análise de conteúdo das já referidas entrevistas foram consideradas três grandes dimensões para cada entrevista, no que diz respeito aos principais temas das mesmas.

Dimensões da entrevista ao Técnico de Fisioterapia

- Razões da necessidade do serviço
- Avaliação funcionamento
- Expectativas

Dimensões da entrevista ao Diretor Clínico

- Razões para a necessidade do serviço
- Avaliação do funcionamento
- Expectativas, vantagens e desvantagens do programa

Passemos então à análise de conteúdo propriamente dita, por via das tabelas abaixo discriminadas em termos de codificação das entrevistas (tabelas 4.4 e 4.5).

**Tabela 4.4** Análise da entrevista ao Fisioterapeuta

Dimensões	Perguntas	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<b>Razões da necessidade do serviço</b>	<p>1. Na sua opinião acha necessária a existência de um serviço de fisioterapia neste hospital?</p> <p>2. Tem algumas razões pelas quais ache necessidade do serviço tirando a razão que já apontou, que é a ampla gama de serviços prestados neste hospital?</p>	<p>“Sim, claro que esse serviço de fisioterapia é muito importante neste hospital, por ser um hospital geral (...)”</p> <p>“ (...) é preciso recursos humanos, estou sozinho agora neste hospital.” (F)</p> <p>“ (...) eu sozinho não posso fazer nada e depois não tenho espaço apropriado para isso” (F) Unidade de</p>	<p>Importância</p> <p>Necessidade de recursos</p> <p>Falta de espaço apropriado</p>
<b>Avaliação do funcionamento</b>	<p>1. Como funciona atualmente o serviço de fisioterapia neste hospital?</p> <p>2. Devido às dificuldades que apontou, que estratégias propõe para ultrapassar os problemas identificados?</p>	<p>“Atualmente nós atendemos doentes internos acamados, outros doentes que posteriormente encaminho para a ortopedia e para o centro de reabilitação porque sozinho não consigo (...)”</p> <p>Primeiro temos que criar recursos humanos em fisioterapia (...)”</p> <p>“No fundo o mais importante são essas duas coisas recursos humanos e espaço.”</p>	<p>Doentes acamados</p> <p>Criação de recursos</p>
<b>Expectativas de resolução</b>	<p>Tendo em conta o que disse, existem algumas coisas a melhorar que sejam essencialmente recursos humanos e espaciais com o objetivo de prestamos melhores cuidados em fisioterapia. Na sua opinião o que espera do futuro serviço?</p>	<p>“ (...) seria um bom começo porque a partir dali temos os recursos humanos técnicos e espaciais e assim os técnicos já não iriam fugir de trabalhar aqui.” “A correção postural é um serviço muito importante num hospital e o HGH tem muitas secções de ortopedia, cirurgias medicina neurologias entre outras e eu sozinho não consigo.”</p>	<p>Bom começo</p> <p>Recursos humanos e técnicos.</p>

**Tabela 4.5** Análise da entrevista ao órgão de gestão/ Diretor Clínico

Dimensões	Perguntas	Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<b>Razões para a necessidade do serviço</b>	<p>1- O senhor diretor acha necessária a existência de um serviço de fisioterapia neste hospital?</p> <p>2- O senhor diretor tem algumas razões pelas quais há necessidade do serviço tirando uma razão que já apontou que é a ampla gama de serviços prestados neste hospital?</p>	<p><i>(...) acho sim muito necessário que este hospital tenha um serviço de fisioterapia atendendo a ampla gama de serviços que (...) prestamos.“ (...) a província do Huambo conta com um centro de reabilitação em fisioterapia que lamentavelmente esta localizada a uma certa distância do hospital”. “ (...) os nossos doentes (...) ficam no hospital e só recebem o este tratamento depois de terem alta”.</i></p>	<p>Ampla gama de serviços</p> <p>Nº de utentes</p> <p>Distância para o único Centro que existe.</p>
<b>Avaliação do funcionamento</b>	<p>3- O diretor conhece atualmente como funciona o serviço de fisioterapia neste hospital?</p> <p>4- Na opinião do diretor quais as principais dificuldades existentes no serviço, para além das que já foram apontadas? 5- O diretor acha que o serviço de fisioterapia tem uma resposta adequada as necessidades dos utentes?</p> <p>5- O diretor acha que o serviço de fisioterapia tem uma resposta adequada as necessidades dos utentes?</p>	<p><i>“ (...) neste hospital na verdade não há um serviço de fisioterapia”“(...) pequena área improvisada com alguns itens diria eu em péssimas condições (...) e só conta com um técnico médio em fisioterapia”</i></p> <p><i>“ (...) não temos serviço de fisioterapia (...) eu diria que o funcionamento é nulo” “(...) só temos um técnico médio em fisioterapia e este hospital tem mais de 800 leitos.” Os recursos materiais existentes são básicos e em número reduzido (...) e são equipamentos que já não servem por avarias, falta de manutenção (...).”</i></p>	<p>Não existe o serviço</p> <p>Péssimas condições</p> <p>Apenas um TF.</p>
<b>Expectativas, vantagens e desvantagens do programa</b>	<p>6- O que o senhor diretor espera deste projeto face ao futuro do HGH? 7- O diretor considera viável implementar um programa de melhoria contínua nesse serviço?</p> <p>8- O diretor poderia indicar algumas vantagens e desvantagens que considera estarem associadas ao programa de melhoria contínua da qualidade do serviço?</p>	<p><i>“ (...) a expectativa é que esse serviço cumpra com aquilo que esta internacionalmente concebido no processo de atenção ao doente (...)”</i></p> <p><i>“ (ajudar) o doente a recuperar com maior rapidez, com maior qualidade buscando assim a reinserção desse indivíduo no seio familiar e na sociedade e assim minimizarmos os constrangimentos aos utentes que precisem dessa assistência”.</i></p>	<p>Cumprir com padrões internacionais</p> <p>Rápida recuperação</p> <p>Qualidade</p>

## 5. DISCUSSÃO

---

A reformulação de um serviço implica a existência de recursos de cariz físico estrutural, recursos humanos e, de ordem financeira. Um investimento nos recursos de fisioterapia e uma boa gestão dos mesmos torna-se importante na prestação de melhores serviços clínicos assim como economizar em procedimentos mais dispendiosos.

O que se pretende com o serviço que se propõe é que embora o HGH contemple uma ampla gama de serviços, a área de fisioterapia esteja em conformidade com as necessidades do hospital em causa e sem fugir daquilo que é a realidade dos demais serviços de fisioterapia já existente nos hospitais público de Angola nomeadamente de Luanda. Partindo deste pressuposto o número de recursos humanos bem como de todos os outros recursos propostos neste projeto é o mínimo para que o serviço de fisioterapia funcione e traga benefícios para os doentes e seus familiares, para a instituição e também para os profissionais, bem como para a população em geral.

### **5.1 Proposta do Programa de Melhoria Contínua da Qualidade do Serviço de Fisioterapia do Hospital Geral do Huambo**

Tendo em conta que o governo angolano continua a apostar no desenvolvimento de um plano que permita que a saúde seja um serviço de acesso a todos e, considerando o peso que o HGH tem no panorama da saúde nacional, justifica-se a apresentação de uma proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade de um serviço. Sugere-se assim que a reformulação do serviço seja realizada utilizando ferramentas da qualidade, abrangendo os ciclos PDCA (planeamento, execução, verificação e ação), de modo a permitir uma monitorização constante e garantindo a qualidade dos serviços prestados.

### **5.2 Recursos necessários para o projeto**

Apresenta-se uma sugestão dos recursos necessários para que o serviço de fisioterapia possa ser melhorado de modo a dar resposta à população do HGH. Um investimento nos recursos de fisioterapia e uma boa gestão destes serviços pode ser importante para providenciar melhores serviços clínicos e poupar em procedimentos mais onerosos. Transpondo para a nossa realidade, não será difícil determinar os recursos financeiros e humanos que poderiam ser mais bem aproveitados com o início precoce da intervenção

do fisioterapeuta (ainda no leito, em fase inicial do internamento) e o encaminhamento do utente ao fisioterapeuta em tempo certo. Estudos mostram que quanto mais precoce for a intervenção do fisioterapeuta, melhores e mais rápidos são os resultados <sup>8,28</sup>.

### 5.2.1 Recursos humanos

De forma a garantir o sucesso da implementação do projeto e prestação de serviços de fisioterapia de qualidade, será fundamental a constituição de uma equipa de profissionais dedicados e com formação específica.

Numa primeira fase considera-se fundamental a contratação de 6 fisioterapeutas e 3 auxiliares que a sua distribuição será como consta na (tabela 5.6):

- Fisioterapeutas – seis (6) no mínimo distribuídos pelas diferentes áreas de intervenção. - Auxiliares – três (3) distribuídos de modo a apoiarem os fisioterapeutas no serviço de fisioterapia.

O recrutamento de pessoal poderá ser interno e/ou externo. O recrutamento interno permite o preenchimento das vagas mantendo os funcionários existentes ou transferindo profissionais de outros serviços. Com o recrutamento interno pretende-se aproveitar o potencial humano do HGH, permitindo incentivar os profissionais, manter a sua fidelidade ao trabalho e a permanência no serviço; é também uma estratégia que através da otimização de recursos permite reduzir os custos para a instituição.

O recrutamento externo permite o preenchimento das vagas através da admissão de novos candidatos no sector. Com este recrutamento a organização oferece aos candidatos externos a oportunidade de trabalho. O que se pretende com este tipo de recrutamento é a introdução de pessoas com novos talentos, habilidades e expectativas; enriquecimento do património humano na instituição e incentivo a interação da organização.

**Tabela 5.6 Recursos Humanos**

Nome	Título	Área de atuação	Cargo	Função
Fisioterapeuta 1	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Coordenadora	Coordenar os profissionais e o serviço.
Fisioterapeuta 2	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Ft nos Cuidados Intensivos prioritários	Realização dos tratamentos dos pacientes mais urgentes
Fisioterapeutas 3 e 4	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Ft nas Enfermarias	Realização dos tratamentos em regime de internamento aos pacientes que necessitem de fisioterapia
Fisioterapeutas 5 e 6	Fisioterapeuta	Fisioterapia	Ft para Tratamento ambulatorio	Realização dos tratamentos dos pacientes em fase ambulatoria e dos internados que se podem deslocar ao serviço.
Auxiliares 1, 2 e 3	Auxiliares	Apoio	Assistente operacional	Manutenção do material e equipamento, auxilio nas transferências e nos tratamentos dos pacientes do serviço
Secretaria	Secretária	Secretariado		Expediente inerente ao serviço de secretariado: receção dos pacientes, inserção das fichas de paciente, marcação de consulta

Fonte: (Elaboração própria)

### 5.2.2 Recursos físicos

Dadas as características e condições dos pacientes que necessitam de cuidados de fisioterapia, os espaços devem ser localizados em andares térreos e sem escadas. No caso de tal não ser possível, devido a alguma condição infraestrutural, devem ser

criadas condições de acesso ao serviço que não tenham barreiras arquitetónicas, recorrendo, por exemplo à construção de rampas com material antiderrapante, colocação de corrimões laterais de segurança, colocados com um ângulo menor que 60°, de modo a que os pacientes possam deslocar-se com facilidade e em segurança.

Outra característica a ser levada em consideração, na construção ou reformulação do serviço de fisioterapia relaciona-se com a necessidade de o pé-direito da construção permitir uma boa iluminação e ventilação natural, de forma a manter o espaço arejado. A altura não deve ser inferior a 3 metros. Deve existir também uma preocupação com a circulação interna, uma vez que neste espaço prevê-se a circulação de pessoas em cadeiras de rodas, com canadianas ou outros auxiliares de marcha ou seja, devem ser considerados espaços amplos, que facilitem a mobilidade e evitem incidentes.

Quanto às zonas de tratamento, estas devem ser estruturadas considerando-se as necessidades relacionadas com os métodos e técnicas que ali serão aplicadas ao longo do tratamento do paciente. É conveniente que estas zonas respeitem sempre que possível as seguintes condições:

- Serem individuais de forma a garantir a privacidade do utente;
- Deve existir espaço em torno da cama de atendimento, garantindo que o fisioterapeuta possa circular à volta da mesma. É aconselhável que o espaço de tratamento tenha no mínimo 40m<sup>2</sup>, já tendo em consideração que dentro destes espaços também estarão colocados equipamentos de apoio aos tratamentos;

Para além destes espaço, o serviço de fisioterapia deve também ter um espaço que sirva de sala de espera para os doentes e eventuais familiares ou acompanhantes, uma sala para a coordenação técnica e chefias, sala ou consultórios de exame e/ ou avaliação; sector de procedimentos; vestiários e casas de banho; arrecadação para o material e sala de arquivo. Desta forma e analisando a proposta avançada por Carlos<sup>74</sup>, definimos o seguinte planeamento em termos de meios físicos:

**Tabela 5.7** Meios Físicos para o Serviço de Fisioterapia

Descrição	Quantidade	Espaço m <sup>2</sup>
Sala de espera e recepção	1	40 m <sup>2</sup>
Sala de coordenação	1	20 m <sup>2</sup>
Consultório de exame e/ou avaliação	1	20 m <sup>2</sup>
Sala de atendimento	2	40 m <sup>2</sup>
Ginásio	1	50 m <sup>2</sup>
Sala de arquivo/reuniões	1	20 m <sup>2</sup>
Depósito de material	1	20 m <sup>2</sup>
Sala de atendimento de pediatria	1	30 m <sup>2</sup>
Vestiário e sanitários	2	

Fonte: Adaptado Carlos<sup>4</sup>.

O espaço físico assume um importante papel na organização de um serviço de fisioterapia. A ergonomia dos espaços é uma característica importante quer para as pessoas que se encontram temporária ou permanentemente limitadas na sua mobilidade, bem como para os próprios profissionais e pessoas no geral.

A acessibilidade deve desta forma estar sempre na mente dos arquitetos, engenheiros civis e responsáveis pela construção ou adaptação destes espaços pois, todas as pessoas, em qualquer fase da sua vida podem deparar-se com limitações que condicionam a sua mobilidade.

### 5.2.3 Equipamentos

Os equipamentos são partes fundamentais de todos os espaços, sendo que nos serviços de saúde e no caso específico dos serviços de fisioterapia, existem uma série de especificações técnicas a ter em conta, dada a especificidade da atividade e o fato de estarmos a trabalhar com pessoas e no sentido de contribuir para a melhoria da sua saúde e do seu bem-estar.

A escolha e compra dos equipamentos de fisioterapia implicam que sejam cumpridas séries normativas que visam essencialmente garantir a segurança e qualidade de tratamento dos utentes.

Desta forma, antes da compra dos equipamentos necessários ao serviço de fisioterapia, será fundamental que sejam analisadas as diretivas nacionais que regulam a compra destes equipamentos.

De uma forma geral, existem normas internacionais que estabelecem algumas das regras que estes equipamentos devem respeitar. Os ministérios da saúde dos diferentes países entendem que os equipamentos são um conjunto de aparelhos, máquinas e acessórios que compõem uma unidade assistencial em que são desenvolvidas ações de diagnóstico e terapia, atividades de apoio, de infraestrutura e gerais<sup>75</sup>.

De acordo com Muniz e Teixeira<sup>75</sup>, foi criado um critério que visa criar um modelo de avaliação dos equipamentos mediante as necessidades e a sua importância para o tipo de assistência que se pretende oferecer:

- Equipamentos de classe A: indispensáveis;
- Equipamentos de classe B: necessários;
- Equipamentos de classe C: recomendáveis.

De acordo com esta classificação os equipamentos da classe A são indispensáveis e na mesma estão incluídos todos os equipamentos sem os quais o serviço não pode funcionar<sup>75</sup>. Sendo assim consideramos os seguintes equipamentos como sendo da classe A: Marquesas, armários, rolo de papel, biombo, bolas de bobath, bolsas de gelo e bolsas para calor, bandas elásticas, cestos de lixo, almofadam, cadeiras de rodas/auxiliares de marcha, material para a higienização das mãos e equipamentos para a proteção individual a e prevenção de infecções.

Os equipamentos da classe **B** são os equipamentos necessários, e engloba os equipamentos sem os quais a prestação dos cuidados de fisioterapia seria dificultada apesar de ser possível.

Os mesmos autores afirmam ainda que a classe **C** engloba os equipamentos recomendáveis e dela fazem parte os equipamentos que não impedem a prestação do serviço, mas, apesar disto, este atendimento não é feito nas condições ideais para o utente relativamente ao conforto e facilidade. Assim, considerando que este projeto se centra na ampliação ou seja melhoria da qualidade de um serviço de fisioterapia já existente, na fase de lançamento do projeto, os equipamentos que se apresentam como fundamentais são os da classe A, pois sem eles é impossível desenvolver a atividade a que o serviço se destina. Na tabela abaixo apresentam-se alguns dos equipamentos que se consideram necessários ou fundamentais da classe A<sup>74,75</sup>.

**Tabela 5.8** Equipamentos da classe A indispensáveis

Marquesas	Bandas elásticas
Armário	Cesto de Lixo
Rolo de papel para marquesa ou lençóis	Almofadas
Biombo	Cadeira de rodas e auxiliares de Marcha
Bolas de Bobath	Equipamento e material para higienização das mãos, dispensador de sabão, toalhas de papel descartáveis
Bolsas de Gelo e bolsas para calor	Equipamentos e material de proteção individual e de prevenção da infeção hospitalar (Luvas, máscaras, batas e aventais descartáveis)

Fonte: (Elaboração Própria)

Quanto aos equipamentos de tipo B, os mesmos se caracterizam por serem bastante necessários mas, a sua não existência não impede o desenvolvimento do trabalho consideram-se os seguintes: Tesouras, pranchas, ultra-som, passadeira, bicicleta estática, colchões para exercícios, espirómetro de incentivo adulto e infantil, TENS roldana, ligaduras e compensas.

**Tabela 5.9** Equipamentos da classe B necessários

Tesouras	Pranchas
Ultra-som	Passadeira
Roldana	Bicicleta Estática
Espelho	Colchões para exercícios
TENS com elérodos	Espirómetro de incentivo adulto e infantil
Ligaduras e compressas	

Fonte: (Elaboração Própria)

Por último, no que concerne aos equipamentos da classe C, onde se encontram os equipamentos sem os quais o serviço pode ser prestado. Porém, sem as condições ideais para o paciente e o fisioterapeuta no que se refere a conforto e facilidade define-se como listagem para o serviço os seguintes: meia de compressão, escada com degraus, equipamentos de mecanoterapia, equipamentos de eletroterapia, equipamentos de hidroterapia e equipamentos de termoterapia como consta na tabela abaixo:

**Tabela 5.10** Equipamentos da classe C recomendáveis

Meias de compressão
Escada com degraus
Equipamentos de Mecanoterapia
Equipamentos de Eletroterapia
Equipamentos de Hidroterapia
Equipamentos de Termoterapia

Fonte: Elaboração Própria.

Alguns autores afirmam que os espaços que não possuem a totalidade dos equipamentos da classe A não estão aptos a operar, os equipamentos da classe B constituirão 70% da avaliação com distribuição uniforme e os equipamentos reconhecidos como da classe C constituem 30% da avaliação com distribuição uniforme<sup>75</sup>.

Seria desejável no entanto que que o serviço de fisioterapia incluísse uma sala de eletroterapia, uma sala de tratamento infantil e um ginásio com espaço para aulas de grupo, deste modo seria necessário adquirir os seguintes equipamentos:

### 5.2.3.1 Equipamentos para a sala de eletroterapia

Dentro da sala de eletroterapia considerou-se os aparelhos de corrente, as marquesas e as cadeiras como sendo da classe A; as mesas para o colocar os equipamentos na classe C.

- 2 Aparelhos de correntes (equipamento tipo A)
- 1 Marquesa para exame/tratamento (equipamento tipo A)
- 2 Mesa para equipamentos (equipamento tipo C)
- 2 / 3 Cadeiras (equipamento tipo A)<sup>75</sup>.

### 5.2.3.2 Equipamentos para a Sala de Fisioterapia em Pediatria

O trabalho com crianças implica sempre uma maior atenção, porque cada criança apresenta-se em diferentes fases de desenvolvimento, devendo o fisioterapeuta perceber quais os mecanismos que podem ser mais estimulantes para a criança. Desta forma, os equipamentos pretendidos para a sala de fisioterapia em pediatria devem ser apelativos em termos visuais, devendo o trabalho ser desenvolvido com um grande cariz lúdico e individualizado criando um ambiente terapêutico agradável, estimulante e que constitua um desafio para a própria criança<sup>74,75</sup>.

Assim, esta sala deve ser composta por equipamentos específicos adaptado à idade e tamanho das crianças e permitir que se sintam bem e felizes dentro deste ambiente, de forma a poderem responder adequadamente ao tratamento<sup>7,75</sup>. Estes equipamentos incluem por exemplo: gaiola (TheraSuit), baloiços diversos, bola e rolos terapêuticos, brinquedos, tábua de equilíbrio, almofadas sensoriais, bicicleta ergométrica e barras paralelas<sup>75</sup>.

### 5.2.3.3 Equipamentos para o ginásio e sala de exercícios terapêuticos em grupo

O ginásio é um local onde os doentes poderão realizar vários exercícios de acordo com as suas necessidades e em alguns dias da semana poderão realizar exercícios terapêuticos em grupo/classes os quais são importantes para todos os doentes que toleram o exercício. Para essa aula é necessário apenas espaço e colchões rasos ou tapetes para exercício, bolas, bolas de pilates, barras, cordas entre outros materiais. A nível da dinâmica do ginásio e da sala de exercícios terapêuticos, esta deverá ser

gerida consoante as características do grupo e as suas necessidades. Para isso, devem ser feitos grupos equilibrados e em que os objetivos terapêuticos sejam semelhantes. A sala de exercícios terapêuticos e o ginásio como tal poderão ser divididos apenas por biombos. Em termos físicos, os doentes poderão ganhar/aumentar a força e a resistência muscular, equilíbrio, melhorar a marcha, melhorar o funcionamento dos sistemas respiratório e cardíaco bem como aumentar ou melhorar a ADM. Em termos psicossociais os doentes poderão encontrar no ginásio e na sala de terapêuticos: companheirismo, diversão bem como partilha de experiência, que irão contribuir na recuperação rápida dos mesmos.

### **5.3 Parcerias**

As parcerias são uma importante ferramenta no apoio ao desenvolvimento de projetos. Desta forma, tendo em conta que o serviço de fisioterapia que se pretende reformular se encontra integrado no HGH, que é uma entidade pública, será desde logo fundamental que o mesmo seja aprovado pela direção do hospital, sendo que esta aprovação dependerá também do governo provincial do Huambo, na figura do responsável pelos assuntos da saúde.

Seria importante estabelecer uma parceria também com as universidades que lecionam cursos de fisioterapia, pelo facto de que a interligação entre a formação e o contexto profissional pode gerar importantes benefícios para ambas as partes.

Seria também conveniente estabelecer parceria com universidades por exemplo, portuguesas que permitisse um intercâmbio de saberes, desenvolvendo-se assim um *benchmarking* que seria relevante no sentido da adoção de práticas de tratamentos e de gestão do serviço de fisioterapia. Por último, importa estabelecer parcerias junto da comunidade local de forma a conseguir o seu envolvimento e apoio e mesmo, eventuais mecenas que pudessem vir a apoiar iniciativa da reestruturação e ampliação do serviço de fisioterapia no HGH.

## 6. CONCLUSÃO DO TRABALHO

---

Uma vez apontados os benefícios da fisioterapia hospitalar facilmente se entende a extrema importância da existência de um serviço de fisioterapia capaz de responder às necessidades observadas no HGH. Neste sentido, a fisioterapia pode ser uma boa aliada na assistência clínica e humanizada no campo hospitalar, podendo cooperar de forma preciosa na assistência integral ao doente. Importa, frisar que a fisioterapia não deveria ser vista simplesmente como mais uma modalidade terapêutica, mas sim como um serviço valioso na prestação de cuidados de saúde de qualidade ao doente/utente, em termos de promoção, prevenção da doença/enfermidade bem como na avaliação, planeamento, tratamento e reavaliação da mesma. Ao concluir o trabalho considera-se que os objetivos foram alcançados, nos seguintes termos:

- Foram identificadas as várias necessidades referentes a fisioterapia, em termos de recursos materiais e humanos como sendo muito embrionários.
- Foi feita a caracterização contextual do atual serviço de fisioterapia de dois entrevistados os quais consideram que o atual serviço não tem uma resposta adequada às necessidades dos doentes, e ainda os mesmos expressam que existe realmente um grande interesse em criar um serviço de fisioterapia que possa vir a dar resposta às necessidades identificadas.
- Conseguiu-se alcançar objetivo de acordo com a resposta a uma das perguntas feitas ao órgão de gestão/ DC quando diz que se pensarmos primeiro só em recursos humanos que prestam assistência aos utentes ainda no leito e com ajuda se necessário dos enfermeiros basta que sejam orientados a executar algumas técnicas e, só então mais tarde prosseguirmos com a criação do serviço, sim é possível e viável.
- Este objetivo foi alcançado ao apresentar-se um plano com todos os equipamentos que se consideram necessárias para o funcionamento do serviço de fisioterapia.

O serviço de fisioterapia proposto se aprovado poderá constituir uma grande mais-valia tanto para os doentes/utentes quanto para a instituição, uma vez que a grande diferença dos serviços de saúde prestados á um século atrás relativamente comparados com os serviços atuais consiste sobretudo na questão da “qualidade” e não somente da prestação dos cuidados si.

Este trabalho por se tratar de uma proposta poderá servir de incentivo para criação de serviço de fisioterapia sobretudo no que diz respeito aos recursos necessários para pôr o mesmo a funcionar. Sendo assim caso a proposta seja aprovada o trabalho irá continuar após a implementação do programa uma vez que consideramos importante

realizar a comparação através da medição dos resultados do antes do programa da melhoria e do depois, para então ser feita uma avaliação se realmente o programa esta ou não a ser bem seguido.

Importa referir que o trabalho não é dado como uma obra acabada o que quer dizer que poderá sofrer alterações, receber críticas, ser melhorado se necessário e ser adaptado ou readaptado a outras realidades. Entre as limitações encontradas durante a realização do trabalho destacam-se a carência de literaturas sobre a fisioterapia em Angola assim como a qualidade da saúde, facto que nos deve incentivar para mais investigações futuramente.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1- INE, Instituto Nacional de Estatística (INE). Resultados preliminares do Censo 2014 [Internet]. Acesso em 19 de Novembro de 2015. Available from: [http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010\\_PHC/Angola/.pdf](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/Angola/.pdf).
- 2- Agência Angola Press, (ANGOP). Província do Huambo tem falta de médicos/regiões/Huambo 2014. [Internet]. Acesso em 30 de Agosto de 2015. Available from: [m.portalangop.co.ao/angola/pt](http://m.portalangop.co.ao/angola/pt).
- 3- Alves, FFIA. Formação de Fisioterapeutas face às múltiplas Exigência de Intervenção. Luanda, 2007.
- 4- Kapandanda AO. Percepção dos profissionais de saúde do hospital municipal do huambo-angola sobre a fisioterapia – Projecto de implementação de um serviço de fisioterapia [dissertation]. (Lisboa): Instituto politécnico de Lisboa Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2015.
- 5- Paladini, E. Gestão da Qualidade: teoria e prática. São Paulo. Atlas, 2004.
- 6- Fonseca, JP. *História da Fisioterapia em Portugal (da origem a 1966) [dissertation]. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 2012.*
- 7- Rebelo PJ. Estudo exploratório sobre as atitudes profissionais de saúde face a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas e sua e sua relação com a auto eficácia percebida pelos fisioterapeutas- Contributo para o estudo das representações sociais da fisioterapia e dos fisioterapeutas [dissertation]. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Acesso em 30 de Dezembro de 2014. Available from: [http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13151/9263/artigo\\_autonomia\\_profisisonal\\_ao\\_longo\\_da\\_historia.pdf](http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13151/9263/artigo_autonomia_profisisonal_ao_longo_da_historia.pdf).
- 8- Guerra, SI. *Contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 A Perspectiva da Fisioterapia*, 2012. Acesso em 10 de Março, 2015. Available from: [http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1682/1/PTE\\_IsabelGuerra\\_2012.pdf](http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/1682/1/PTE_IsabelGuerra_2012.pdf)
- 9- Albuquerque, LBD. *As tecnologias da informação e comunicação e o professor de fisioterapia: interações para a construção de práticas pedagógicas [dissertation]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2012.*
- 10- Barclay, J. The history of the Chartered Society of Physiotherapy 1894 –1994. Trowbridge: Redwood Books, 1994.
- 11- Murphy, Wendy. *Healing The Generations: A History Of Physical Therapy and the American Physical Therapy Association*. Lyme: Greenwich Publishing Group, 1995.

- 12- Coutinho MIPS, Sérgio JAS, Sá NMFP, Salgueiro LFM. Contributos para a histografia da fisioterapia em Portugal. *Fisiot Bras.* 2010; 469
- 13- Ferreira, S. J. *Fisioterapia: Avaliação dos ganhos de utilidade [dissertation].* (Bragança): Instituto Politécnico de Bragança, 2012. Acesso em 10 de Agosto de 2014. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream.pdf>
- 14- Decreto-Lei nº 414/71 de Setembro de 1971. Portugal [Internet]. Acesso em 22 de Outubro 2015. Available from: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+d+e+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- 15- Coelho, CA. *Importância da Comunicação no Exercício Profissional dos Fisioterapeutas: Da formação às necessidades sentidas na prática [Internet] [dissertation].* (Lisboa): Universidade Aberta; 2006. Acesso em 30 de Setembro de 2015. Available from: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream.pdf>
- 16- Portaria nº 709/80 de 23 de Setembro. Portugal. 1980. Portugal. Acesso em 24 de Agosto de 2015. Available from: <http://publicos.pt/documento/id461860/portaria-709/80>.
- 17- Monteiro, JRCS. *O contributo do Desporto Adaptado para a Integração Social da Pessoa com Deficiência Motora: A situação dos atletas praticantes de Desporto Adaptado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais [dissertation].* (Coimbra): Instituto Superior Miguel Torga Escola Superior de Altos Estudos, 2012. Acesso em 05 de Novembro de 2015. Available from: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/169/1/TESE%20de%20Mestrado%20JOANA%20Monteiro%20n%C2%BA%206426.pdf>
- 18- Rodrigues, CCM. *Análise descritiva das práticas e contextos em fisioterapia respiratória nos hospitais centrais Públicos de Luanda [dissertation] ESTEsL;* 2014.
- 19- *Jornal de Angola.* Ministério mantém aposta na qualidade, 2013. Acesso em 08 de Abril de 2015. Available from: [http://m.ja.sapo.ao/sociedade/saude\\_e\\_educacao/ministerio\\_mantem\\_aposta\\_na\\_qualidade-1](http://m.ja.sapo.ao/sociedade/saude_e_educacao/ministerio_mantem_aposta_na_qualidade-1).
- 20- World Confederation of Physical Therapy. *Declaração política: Declaração da Fisioterapia.* Londres, Reino Unido: WCPT, 2014. Acesso em 10 de Dezembro de 2015 Available from: <http://www.wcpt.org/about/history/achievements.php>
- 21- Bártolo, M. *Fisioterapia e Reabilitação em Portugal: O Financiamento como Factor Crítico do Desempenho [dissertation].* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública-Universidade Nova de Lisboa, 2009.

- 22- *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* – Organização Mundial de Saúde (OMS), 2001.
- 23- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia. Lisboa: APF, 2010.
- 24- American Physical Therapy Association. Telehealth as a Means of Health Care Delivery for Physical Therapist Practice [Internet]. APTA; 2011. Available from: <http://ptjournal.apta.org/content/92/3/463.full>.
- 25- Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro. Diário da República, nº295, Série I-A, de 1999-12-21. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/12/295A00/90839100.pdf>
- 26- APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Fisioterapia – Padrões de Prática (3ª ed.). S. Domingos de Rana, 2005.
- 27- Batista, MTAP. *Organização e impacto da fisioterapia nos cuidados de saúde primários do Algarve. Universidade do Algarve, Faculdade de Economia [dissertation]. Algarve: Faculdade de Economia, Univ, 2012.*
- 28- Copetti, BMS. *Fisioterapia: de sua origem aos dias atuais* [Internet], 2004. Acesso em 28 de Fevereiro, 2015. Available from: <http://www.fadep.br/revista-in-pauta/volume-ii-n-02-julho-dezembro-2004/>.
- 29- Garcia, JF. *Liderança de equipes Heterogenias: uma investigação na Microsoft Portuguesa [dissertation]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012.*
- 30- Regina, MMM, Mota, SC, M, Fossá, MI. A importância da comunicação organizacional na atuação da equipe multiprofissional de saúde, 2013. Acesso em 28 de Setembro, 2014 Available from: <http://www.comunicacaoempresarial.com.br/revista/03/artigos/artigo3.asp>.
- 31- Soares PAAV. Instrumentos de Apoio à Gestão Estratégica e ao Desempenho Organizacional dos Fisioterapeutas em Unidades Privadas de Fisioterapia [dissertation]. Universidade de Évora / Instituto Politécnico de Lisboa: IPL, 2010.
- 32- Robbins, SP. Comportamento Organizacional [Internet]. São Paulo. Prentice Hall, 2002. Acesso em 10 de Agosto 2015. Available from: [https://es.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=ddc&hsimp=yhs-ddc\\_bd&type=pr-bcr-is\\_alt\\_ddc\\_dss\\_bd\\_com&p=Robbins+Stephen.+Comportamento+Organizacional](https://es.search.yahoo.com/yhs/search?hspart=ddc&hsimp=yhs-ddc_bd&type=pr-bcr-is_alt_ddc_dss_bd_com&p=Robbins+Stephen.+Comportamento+Organizacional).
- 33- Ribeiro, EM, Moreira, ASCG. Atualização sobre o tratamento multidisciplinar das fissuras labiais e palatinas [Internet], 2004. Acesso em 25 de Outubro de 2015. Available from: <http://www.redalyc.org/html/408/40818107/index.html>

- 34- Nozawa, E, Sarmiento GJV, Vega JM, Costa D, Silva JEP, Feltrim MIZ. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. *Fisioterapia e pesquisa*, 15(2):177-182, 2008.
- 35- Menezes GMB. Quais os reais valores de um “profissional multidisciplinar” para equipe de Saúde? [Internet]. Rio de Janeiro, 2009. Acessado em 12 Dezembro de 2015. Available from: [http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/multidisciplinar\\_gustavo.htm](http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/multidisciplinar_gustavo.htm)
- 36- Franco V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce [Internet]. Évora: Universidade de Évora; 2007. Acesso em 30 de Outubro, 2014. Available from: <file:///C:/Users/Albina%20mois%C3%A9s%20Thova/Downloads/6452-30615-1-PB.pdf>
- 37- Tavares, SO, Vendruscolo, CT, Kostulski, CA, Gonçalves, CS. Interdisciplinaridade, Multidisciplinaridade ou Transdisciplinaridade [Internet], 2012. Acesso em 12 de Abril, 2005. Available from: <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>
- 38- Pedizzi, M. Equipe multiprofissional de saúde. Conceito e tipologia. *Rv Saúde Pública*, 2001. Acesso em 18 de Setembro, 2014. Available from: <http://www.Scielo.br/pdf/rep/v35n1/4144.pdf>
- 39- OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, 2010. Acesso em 12 de Novembro, 2014. Available from: publicação encontrada disponível na Internet na página: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/).
- 40- Departamento da qualidade- Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde: Reconhecimento da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde [Internet], 2014. Acesso em 30 de Agosto 2014]. Available from: [file:///C:/Users/Albina%20mois%C3%A9s%20Thova/Downloads/i021903%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Albina%20mois%C3%A9s%20Thova/Downloads/i021903%20(1).pdf)
- 41- Manual de Normalização [Internet], 2009. Acesso em 12 de Janeiro 2016. Available from: [http://www1.ipq.pt/PT/ProjectoJuventude/site/Manual\\_Normalizacao.pdf](http://www1.ipq.pt/PT/ProjectoJuventude/site/Manual_Normalizacao.pdf)
- 42- Veras CMA. Gestão da qualidade [Internet]. São Luis: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, 2009. Acesso em 20 Novembro, 2015. Available from: [http://www2.ifma.edu.br/proen/arquivos/artigos.php/gestao\\_da\\_qualidade.pdf](http://www2.ifma.edu.br/proen/arquivos/artigos.php/gestao_da_qualidade.pdf)
- 43- Fernandes ACM. Gestão pela Qualidade Total e Inovação: sua Relação e Repercussão no Desempenho Organizacional [Dissertação]. Covilhã: Universidade da

- Beira Interior Ciências Sociais e Humanas, 2012. Acesso em 13 de Março, 2014. Available from: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2630/1/TESE\\_outubro.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2630/1/TESE_outubro.pdf)
- 44- Deming, WE. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; (1986).
- 45- Paladini E. *Gestão da Qualidade: teoria e prática*. São Paulo. Atlas; 2004.
- 46- Slack, Nigel *et al.* *Administração da Produção*. São Paulo: Atlas; 1999
- 47- Marshall Junior, *et al.* *Gestão da Qualidade*. Rio de Janeiro. FGV, 2006.
- 48- Campos, Vicente Falconi. *Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia*. Belo Horizonte: INDG TecS, 2004.
- 49- Rodrigues, Marcus Vinicius Carvalho. *Entendo, aprendendo, desenvolvendo qualidade padrão seis sigma*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 2006.
- 50- Deming, W E. *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- 51- Melo, CP; Caramori, EJ. *PDCA Método de melhorias para empresas de manufatura – versão 2.0*. Belo Horizonte: Fundação de Desenvolvimento Gerencial, 2001.
- 52- Barros, FMV. *Avaliação do sistema de gestão integrada da empresa SPEC Planejamento Engenharia Consultoria Ltda.- um estudo de caso* [Internet]. 2011. Acesso em: 05 de Janeiro, 2016. Available from: <http://www.ded.ufv.br/workshop/docs/anais/2011/11.pdf>
- 53- *Jornal de Angola*. *A fisioterapia manual traz benefícios ao paciente* [Internet]. Angola, 2014. Acesso em 11 de Janeiro de 2016. Available from: [http://jornaldeangola.sapo.ao/entrevista/a\\_fisioterapia\\_manual\\_traz\\_beneficios\\_ao\\_paciente](http://jornaldeangola.sapo.ao/entrevista/a_fisioterapia_manual_traz_beneficios_ao_paciente).
- 54- Vitongue, ID. *Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do sistema de saúde de Angola: A Percepção de profissionais de saúde do Hospital geral e do Hospital Municipal do Huambo* [Dissertation]. (Lisboa): Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias, 2015. Acesso em 14 de Janeiro de 2016 Available from: [.http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6628/dissertance](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6628/dissertance)
- 55- Agência Angola Press (ANGOP). *Congresso da Clínica Girassol proporciona reciclagem a profissionais* [Internet], 2014. Acesso em 22 de Dezembro de 2015 Available from: [m.portalangop.co.ao/angola/pt](http://m.portalangop.co.ao/angola/pt)
- 56- *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025*. Vol 2. PNS. 2012.
- 57- *Portal da Saúde Serviço Nacional de Saúde* [Internet]. SNS, 2015. Acesso em 12 de Janeiro de 2016. Available from:


- <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/sns+observador.htm>
- 58- Queza, AJ. Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal [dissertation] FMUP, 2010. Acesso em 12 de Março de 2014. Available from: <http://hdl.handle.net/10216/50407>
- 59- AICEP (2015). Internacionalização do Setor da Saúde Nacional: Mercados em Análise: Angola, 2015. Acesso em 08 de Abril, 2015. Available from: <http://www.portugalglobal.pt/PT/Biblioteca/LivrariaDigital/CadernoAngola.pdf>
- 60- Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Lei 21-B/92). Angola.
- 61- Decreto-Lei n.º 110/2014 de 10 de julho 2014. Portugal Available from: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/fundo\\_investiga\\_saude/dl\\_110\\_2014\\_Fundo\\_Investigacao\\_Saude.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/fundo_investiga_saude/dl_110_2014_Fundo_Investigacao_Saude.pdf)
- 62- Ferreira, FIA. 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. [Dissertation]. (Lisboa): Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – IPL, 2010. Acesso em 20 de Novembro de 2015. Available from: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/2641/1/Contributos.pdf>
- 63- Lopes, H. Sensibilização para a Qualidade: Certificação ISSO 9001 na área da Saúde [Internet], 2010. Acesso em 12 de Janeiro de 2016. Available from: [Certifica%C3%A7%C3%A3o%20da%20Qualidade%20no%20Sector%20da%20Sa%C3%BAde%20\(2\).pdf](#)
- 64- Decreto Presidencial 260/10 de 19 de Novembro. 2010. Angola. Available from: [http://www.scm.gov.ao/diploma\\_texto.php?diplomaID=109704](http://www.scm.gov.ao/diploma_texto.php?diplomaID=109704)
- 65- Portal de Angola. Índice de mortalidade de menores diminui na província do Huambo [Internet], 2012 [cited 2016 Janeiro de 09]. Available from: <http://www.portaldeangola.com/2012/09/indice-de-mortalidade-de-menores-diminui-na-provincia-do-huambo>.
- 66- Schlüter, R. *Metodologia da pesquisa em turismo e hotelaria*. (2ª ed.). São Paulo: Aleph, 2003.
- 67- Schiefer U; Bal-dobel L. Batista A. Dobel R. Nogueira J. Teixeira P. *Manual de Planeamento e Avaliação de Projetos*. Edição Principia. Publicações Universitárias e Científica Lda, São João do Estoril, 2006
- 68- Vilelas, J. *Investigação O processo o processo de construção o conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabos, 2009
- 69- Gil, A. *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4ª. ed.). São Paulo: Atlas, 2008

- 70- Fortin, MF. *Fundamentos de etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidatica, 2009.
- 71- Streubert, HJ. Carpenter, D. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed). Lisboa: Lusociência, 2002.
- 72- Marconi, MA; Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica*. (7ª ed.). São Paulo: Atlas, 2010.
- 73- Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa, 2009.
- 74- Carlos, J. *Fisioterapia no Tratamento das Mulheres Angolanas com cancro da mama no Centro Nacional de Oncologia: Projecto de implementação de Serviços [dissertation]*. Lisboa: Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa ESTEsL, 2014.
- 75- Muniz, JWC, & Teixeira, RC. *Fundamentos de administração em fisioterapia*. Barueri: Manole, 2008.

## 8. ANEXOS

### Anexo I- Tempo de duração da pesquisa

05.02.015  
- T.C  
- Autorizo  
- V.D.P.C.



Ao  
Director do Hospital Re-  
gional do Huambo

Huambo

Zugénia Vaquita Katchikenge, mestra-  
nda em fisioterapia na Escola Superior de Tecno-  
logias da Saúde de Lisboa (ESTESL), encontra-se  
a fazer a dissertação da sua Tese de Mestrado  
com o tema: Proposta de Organização/Reorgani-  
zação do Serviço de Fisioterapia do Hospital Regi-  
onal do Huambo.

Vem muito respeitosamente solicitar à sua  
excelência Senhor Director a resolução de dados  
num tempo de 5 dias úteis, partindo da data  
em que seja autorizada a pesquisa.

Sem mais assunto de momento

Zugénia Vaquita Katchikenge

## Anexoll- Carta de solicitação da pesquisa

MINISTÉRIO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO E DESPORTOS



INSTITUTO DAS NAÇÕES

15.02.015  
T.C. - R  
Autorização  
D/DPE  
assinatura o devido



Exmo. Senhor  
Dr. Welma Cipriano da Fonseca  
Diretor Geral do  
Hospital Regional do Huambo  
Rua Governador Silva Carvalho  
Cidade Alta  
Angola

VOSSA REF:

29 JAN 15 00103

NOSSA REF:

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

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


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

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

Nesse sentido, vimos solicitar a V. Ex.<sup>a</sup>, se digna autorizar na Instituição que superiormente dirige, o apoio ao estudo/projeto "Proposta de Organização / Reorganização do Serviço de Fisioterapia do Hospital Regional do Huambo", da autoria da mestranda Eugénia Navita Katchikenge, e cuja Diretora do Curso de Mestrado é a Prof. Coordenadora Isabel Coutinho ([isabel.coutinho@estsl.ipl.pt](mailto:isabel.coutinho@estsl.ipl.pt)), a qual se disponibiliza para qualquer esclarecimento.

Agradecendo uma vez mais a atenção dispensada a este assunto, aproveito para endereçar os melhores cumprimentos,

O PRESIDENTE DA ESTeSL

  
Prof. Coordenador João Labato

IC/mv

## Anexo III- Consentimento

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA  
MESTRADO EM FISIOTERAPIA**

**Titulo do estudo:** Proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade no serviço de Fisioterapia do Hospital Geral do Huambo.

**Autora:** Eugénia Navita Katchikenge

**Âmbito do estudo:** Dissertação de mestrado

**Objetivo geral:** Elaborar uma proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade no serviço de Fisioterapia do Hospital Geral do Huambo.

**Orientadoras:** Professora Doutora Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho; Mestre Paula Alexandra Viegas Araújo Soares e Mestre Carla Luzia Apolinário Vicente Pimenta

**Instrumento de recolha de dados:** Entrevista


**CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS  
DE INVESTIGAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

Tendo sido informado sobre todos os aspetos que envolvem o estudo acima descrito, venho pelo presente termo declarar que concordo em participar, voluntariamente como entrevistado.

Autorizo que o conteúdo da minha entrevista seja transcrito e os extratos utilizados e publicados no âmbito do estudo, salvaguardando o necessário anonimato.

Local e Data: Hospital geral do Huambo, 29/06/2015



(Assinatura da autora)

\_\_\_\_\_  


(Assinatura do participante)

## Anexo IV- Consentimento

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA  
MESTRADO EM FISIOTERAPIA

**Titulo do estudo:** Proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade no serviço de Fisioterapia do Hospital Geral do Huambo.

**Autora:** Eugénia Navita Katchikenge

**Âmbito do estudo:** Dissertação de mestrado

**Objetivo geral:** Elaborar uma proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade no serviço de Fisioterapia do Hospital Geral do Huambo.

**Orientadoras:** Professora Doutora Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho; Mestre Paula Alexandra Viegas Araújo Soares e Mestre Carla Luzia Apolinário Vicente Pimenta

**Instrumento de recolha de dados:** Entrevista

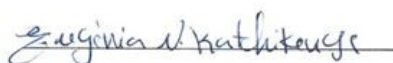
CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS  
DE INVESTIGAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

Tendo sido informado sobre todos os aspetos que envolvem o estudo acima descrito, venho pelo presente termo declarar que concordo em participar, voluntariamente como entrevistado.

Autorizo que o conteúdo da minha entrevista seja transcrito e os extratos utilizados e publicados no âmbito do estudo, salvaguardando o necessário anonimato.

Local e Data: HUALMBO, 29/06/2015



(Assinatura da autora)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do participante)

## Anexo V- Guião de entrevista Técnico de Fisioterapia

### Guião de entrevista

Data: 29/06/2015 Local: Hospital geral Huambo  
Hora de início: 11:35 Hora final: 11:50 Duração: 15 minutos  
Entrevista nº: 1----- Fisioterapeuta  Órgão de gestão / Diretor Geral  Diretor Clínico

#### Introdução

A presente entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado no âmbito da 4ª edição do mestrado em fisioterapia, na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. O estudo tem como objetivo geral elaborar uma proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia do Hospital Geral do Huambo (HGH). Esta é uma entrevista semiestruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

A informação recolhida é essencial para este estudo, razão pela qual se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. No caso da falta de clareza de alguma pergunta, poderá pedir o esclarecimento sobre o assunto.

A entrevista será gravada e transcrita em seguida, os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo o processo será garantido o anonimato do entrevistado.

#### Dados do entrevistado

Sexo: M----- Idade: 40----- Profissão: Fisioterapeuta-----  
Habilitações académicas: 12<sup>a</sup>----- Local de trabalho: Hospital G. do Huambo  
Função que desempenha: Chefe de Secção-----  
Outros dados relevantes: -----

1. Na sua opinião acha necessária a existência de um serviço de fisioterapia neste hospital?
2. Tem algumas razões pelas quais ache necessidade do serviço tirando a razão que já apontou, que é a ampla gama de serviços prestados neste hospital?
3. Tem conhecimento de como funciona atualmente o serviço de fisioterapia neste hospital?
4. Devido às dificuldades que apontou, que estratégias propõe para ultrapassar os problemas identificados?
5. Tendo em conta o que disse, existem algumas coisas a melhorar que sejam essencialmente recursos humanos e espaciais com o objetivo de prestamos melhores cuidados em fisioterapia. Na sua opinião pensa ser esta proposta um bom começo?
6. Depois de tudo o que falamos deseja deixar alguma sugestão?

## Anexo VI- Guião da entrevista ao Diretor Clínico

### Guião de entrevista

Data: 29-6-15 ----- Local: HUAMBO Hosp. CENTRAL

Hora de início: 14:35 ----- Hora final: 14:55 ----- Duração: 20 minutos

Entrevista nº: 2 ----- Fisioterapeuta  Órgão de gestão / Diretor Geral  Diretor Clínico

### Introdução

A presente entrevista é um instrumento de recolha de dados para a realização de uma dissertação de mestrado no âmbito da 4ª edição do mestrado em fisioterapia, na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. O estudo tem como objetivo geral elaborar uma proposta de um programa de melhoria contínua da qualidade do serviço de fisioterapia do Hospital Geral do Huambo (HGH). Esta é uma entrevista semiestruturada e tem a duração prevista de 30 minutos.

A informação recolhida é essencial para este estudo, razão pela qual se solicita aos entrevistados a máxima colaboração. No caso da falta de clareza de alguma pergunta, poderá pedir o esclarecimento sobre o assunto.

A entrevista será gravada e transcrita em seguida, os dados recolhidos serão tratados através de análise de conteúdo. Durante todo o processo será garantido o anonimato do entrevistado.

### Dados do entrevistado

Sexo: M ----- Idade: 39 ----- Profissão: MÉDICO - NEUROCIQUIRIA

Habilitações académicas: MESTRE ----- Local de trabalho: HOSPITAL GERAL

Função que desempenha: DIRETOR CLÍNICO / MÉDICO ASSISTENTE

Outros dados relevantes: -----

- 1- O senhor diretor acha necessária a existência de um serviço de fisioterapia neste hospital?
- 2- O senhor diretor tem algumas razões pelas quais há necessidade do serviço tirando uma razão que já apontou que é a ampla gama de serviços prestados neste hospital?
- 3- O diretor conhece atualmente como funciona o serviço de fisioterapia neste hospital?
- 4- Na opinião do diretor quais as principais dificuldades existentes no serviço, para além das que já foram apontadas?
- 5- O diretor acha que o serviço de fisioterapia tem uma resposta adequada as necessidades dos utentes?
- 6- O que o senhor diretor espera deste projeto face ao futuro do HGH?
- 7- O diretor considera viável implementar um programa de melhoria contínua nesse serviço?
- 8- O diretor poderia indicar algumas vantagens e desvantagens que considera estarem associadas ao programa de melhoria contínua da qualidade do serviço?
- 9- Deseja ainda deixar alguma sugestão?