

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

KELLY PATRÍCIA MEDEIROS FALCÃO PASCOAL

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA
HOSPITALAR

RECIFE
2020

KELLY PATRICIA MEDEIROS FALCÃO PASCOAL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA
HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes

RECIFE

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- P281a Pascoal, Kelly Patricia Medeiros Falcão.
Avaliação da qualidade da assistência
fisioterapêutica hospitalar / Kelly Patricia Medeiros
Falcão Pascoal - Recife: [s.n.], 2020.
221 p. : ilus., tab. ; 30 cm.
- Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife,
2020.
- Orientador: Antônio da Cruz Gouveia Mendes.
1. Avaliação em Saúde. 2. Qualidade da Assistência
à Saúde. 3. Satisfação do Usuário. 4. Condições de
Trabalho. 5. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. I.
Mendes, Antônio da Cruz Gouveia. II. Título.

KELLY PATRICIA MEDEIROS FALCÃO PASCOAL

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA
HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 29/06/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^o. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dr^a Ana Lúcia Andrade da Silva
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a. Dr^a Maria da Penha Rodrigues dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

3

Prof^a. Dr^a. Elisângela Vilar de Assis
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a. Dr^a. Andréa Carla Brandão da Costa Santos
Centro Universitário de João Pessoa

Aos meus filhos amados, a melhor parte de mim!
Ao meu esposo Marcos, por todo amor e companheirismo!
Aos meus pais, Maria Nazaré e Edivan, por serem meu
alicerce!
À cada participante desta pesquisa, por merecerem uma
assistência pública de qualidade!

AGRADECIMENTOS

À Deus que em sua infinita misericórdia, me concedeu sabedoria e perseverança para trilhar o caminho da vida.

Aos meus filhos Davi e Kaio, amores da minha vida. Desculpa por toda ausência em prol da dedicação aos estudos. Por vocês buscarei sempre o melhor.

Ao meu amado esposo, amigo e companheiro Marcos, que sempre me incentivou e apoiou na caminhada acadêmica. Obrigada por estar sempre ao meu lado, me incentivando e dando todo o suporte para que esse sonho se realizasse.

Aos meus pais Maria Nazaré e Edivan, toda a minha gratidão. Sem vocês eu não existiria. Obrigada por me ensinarem que o estudo e o conhecimento são heranças que ninguém pode lhe tirar, e que com todo sacrifício e dificuldade me proporcionaram a educação que vocês não tiveram a oportunidade de receber.

À minha tia e segunda mãe Maria Dalva, todo o respeito, carinho e gratidão. Sem a sua ajuda nada disso seria possível, obrigada por toda dedicação, amor e cuidado materno dado aos meus filhos, enquanto eu estava ausente. Nunca terei como lhe agradecer por ter deixado sua casa para preencher a minha. Obrigada ao seu esposo Iomar, por entender sua ausência do lar.

À toda minha família, por ser a base do meu equilíbrio, agradeço todo incentivo e amor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes, obrigada por me guiar nessa caminhada, com sua sabedoria e tranquilidade. Obrigada pelas orientações, disponibilidade e paciência nestes anos de aprendizado. Suas contribuições e reflexões foram a base para a escrita deste estudo, ao senhor toda a minha admiração.

A todos os mestres do Instituto Aggeu Magalhães, pelos ensinamentos e sabedoria compartilhada. Em especial a professora Idê Gurgel, pelas palavras proferidas durante um simples almoço, mas que naquele momento renovaram as minhas forças para continuar.

Aos funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, especialmente aos da Secretaria Acadêmica e Biblioteca, por toda disponibilidade e atendimento humano, sempre a postos para ajudar.

Agradeço aos meus amigos das turmas de doutorado 2015 e 2016, por perseverarmos na ciência e pelas contribuições de cada um com suas experiências.

Às instituições pesquisadas e à todos que fizeram parte do estudo, tornando-o possível, obrigada por toda disponibilidade e confiança.

Obrigada à todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste estudo.

Todo conhecimento é inacabado, isto é um processo que se desenvolve continuamente, incorporando novos elementos e jamais deixando de questionar a si mesmo.

Paulo Freire

PASCOAL, Kelly Patrícia Medeiros Falcão. **Avaliação da qualidade da assistência fisioterapêutica hospitalar**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica prestada nas enfermarias de hospitais públicos na cidade de João Pessoa, através da análise da satisfação dos usuários, das condições de atendimento e trabalho dos fisioterapeutas, e da percepção dos coordenadores/gestores a cerca, da qualidade da assistência. Realizou-se um estudo de caso de caráter exploratório, abordagem qualitativa e quantitativa. Participaram do estudo 240 usuários; 15 fisioterapeutas e 5 coordenadores/gestores. Os resultados dos usuários quanto as dimensões de avaliação, mostraram que a satisfação com o trabalho dos fisioterapeutas (97%) foi maior que a satisfação com as condições oferecidas (80%). A avaliação da satisfação com as condições oferecidas por hospital, identificou maior percentual de satisfação no HULW (85%), e quanto avaliação da satisfação com o trabalho dos fisioterapeutas, o HEETSHL apresentou o maior percentual de satisfação (98,8%). A satisfação dos usuários em relação as dimensões de qualidade de forma geral, foi boa, exceto para a dimensão conforto com o maior percentual de insatisfação entre os usuários (30,8%), e a dimensão dignidade/cortesia obteve o maior percentual de satisfação entre os internos (98,3%). O discurso dos fisioterapeutas apontou que estes tinham condições adequadas de trabalho, apesar de enfrentarem algumas dificuldades como desconforto térmico, riscos ergonômicos, ausência eventual de materiais e demanda não suficiente de equipamentos para os atendimentos, e na percepção dos coordenadores/gestores a qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida era de boa qualidade, os fisioterapeutas cursavam com boas condições laborais e estavam satisfeitos com seu trabalho no hospital. Considera-se a partir dos resultados encontrados, que a assistência fisioterapêutica nos hospitais era de qualidade satisfatória, mesmo apresentando algumas fragilidades, as quais não comprometeram a terapia oferecida.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Satisfação do Usuário. Condições de Trabalho. Serviço Hospitalar de Fisioterapia.

PASCOAL, Kelly Patrícia Medeiros Falcão. **Quality assessment of hospital physical therapy care.** 2020. Thesis (Doctorate in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

The present study aimed to assess the quality of physical therapy assistance provided in public hospital wards in the city of João Pessoa, through the analysis of user satisfaction, the conditions of care and work of physiotherapists, and the perception of coordinators / managers a quality of care. An exploratory case study was carried out, with a qualitative and quantitative approach. Participated in the study 240 users; 15 physiotherapists and 5 coordinators/managers. The results of the users regarding the evaluation dimensions, showed that the satisfaction with the work of the physiotherapists (97%) was greater than the satisfaction with the conditions offered (80%). The assessment of satisfaction with the conditions offered by the hospital, identified a higher percentage of satisfaction in HULW (85%), and as for the assessment of satisfaction with the work of physiotherapists, HEETSHL presented the highest percentage of satisfaction (98.8%). User satisfaction in relation to quality dimensions in general was good, except for the comfort dimension with the highest percentage of dissatisfaction among users (30.8%), and the dignity/courtesy dimension obtained the highest percentage of satisfaction. among inmates (98.3%). The speech of the physiotherapists pointed out that they had adequate working conditions, despite facing some difficulties, such as thermal discomfort, ergonomic risks, eventual absence of materials and insufficient demand for equipment for care, and in the perception of the coordinators / managers, the quality of the physiotherapeutic assistance offered was of good quality, the physiotherapists were in good working conditions and were satisfied with their work at the hospital. Based on the results found, it is considered that physiotherapeutic assistance in hospitals was of satisfactory quality, even with some weaknesses, which did not compromise the therapy offered.

Keywords: Health Assessment. Health Care Quality. User's Satisfaction. Work conditions. Hospital Physiotherapy Service.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de usuários entrevistados nas enfermarias clínica médica e cirúrgica adulto, 2020.....	41
Quadro 2 - Número de fisioterapeutas que atendiam nas enfermarias clínica médica/cirúrgica adulto, 2020.....	42
Quadro 3 - Número de coordenadores e gestores entrevistados por hospital, 2020.....	42
Quadro 4 - Dimensões da Matriz Conceitual, 2020.....	45
Quadro 5 - Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.....	45
Quadro 6 - Período de coleta dos usuários internos nos hospitais entre 2018/2019, 2020.....	52
Quadro 7 - Abordagens utilizadas nas etapas do estudo, 2020.....	54
Quadro 8 - Resumo das classes temáticas, categorias e subcategorias encontradas na análise de conteúdo das entrevistas dos fisioterapeutas, 2020.....	83
Quadro 9 - Resumo das classes temáticas, categorias e subcategorias encontradas na análise de conteúdo das entrevistas dos coordenadores e gestores dos hospitais, 2020.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos usuários entrevistados segundo características sócioeconômicas, 2020.....	58
Tabela 2-	Distribuição dos usuários entrevistados segundo tempo de internamento, 2020.....	59
Tabela 3-	Grupo de patologias que motivaram a internação dos entrevistados segundo o sistema corporal, 2020.....	60
Tabela 4-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais, 2020.....	61
Tabela 5-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a faixa etária dos usuários, 2020.....	62
Tabela 6-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo o município de residência dos usuários, 2020.....	62
Tabela 7-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a escolaridade dos usuários, 2020.....	63
Tabela 8-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a profissão/ocupação dos usuários, 2020.....	63
Tabela 9-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo o sexo dos usuários, 2020.....	64
Tabela 10-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a renda dos usuários, 2020.....	64
Tabela 11-	Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo o tempo de internamento dos usuários, 2020.....	65

Tabela 12-	Avaliação da satisfação a partir das questões contidas no questionário dos usuários das enfermarias dos hospitais, de acordo com a dimensão de avaliação, 2020.....	66
Tabela 13-	Avaliação da satisfação dos usuários das enfermarias dos Hospitais, segundo as dimensões de qualidade, 2020.....	67
Tabela 14-	Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões de qualidade de acordo com a unidade hospitalar, 2020.....	68
Tabela 15-	Avaliação da satisfação a partir das questões contidas no questionário dos usuários das enfermarias dos hospitais, de acordo com a dimensão de qualidade, 2020.....	70
Tabela 16-	Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões de qualidade e tempo de internamento dos usuários das enfermarias dos Hospitais, 2020.....	71
Tabela 17-	Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões de qualidade e renda dos usuários das enfermarias dos Hospitais, 2020.....	72
Tabela 18-	Avaliação geral da satisfação dos usuários com o atendimento nas enfermarias dos Hospitais, 2020.....	73
Tabela 19-	Distribuição dos fisioterapeutas segundo características sociais, 2020.....	80
Tabela 20-	Distribuição dos fisioterapeutas segundo características educacionais, 2020.....	81
Tabela 21-	Distribuição dos fisioterapeutas segundo características trabalhistas, 2020.....	82
Tabela 22-	Distribuição das características sociodemográficas dos coordenadores/gestores, 2020.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACT	Acordos Coletivos
CG	Coordenadores/Gestores
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FENAFITO	Federação Nacional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HEETSHL	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
HMSI	Hospital Municipal Santa Isabel
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MEC	Ministério da Educação
NR	Não Respondeu
NR6	Norma Regulamentadora 6
NSA	Não se aplica
OBS	Observação
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OS	Organização Social
P	Profissionais Fisioterapeutas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuo
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

UTIN Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VNI Ventilação Não Invasiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Breve histórico da fisioterapia.....	21
2.2 Assistência fisioterapêutica.....	24
2.3 Humanização do atendimento.....	26
2.4 Avaliação em saúde e qualidade da assistência.....	29
3 OBJETIVO GERAL.....	38
3.1 Objetivos específicos.....	38
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Local da pesquisa.....	39
4.3 População do estudo.....	41
<i>4.3.1 Critérios de inclusão.....</i>	<i>42</i>
<i>4.3.1.1 Usuários (Pacientes).....</i>	<i>42</i>
<i>4.3.1.2 Fisioterapeutas.....</i>	<i>43</i>
<i>4.3.1.3 Coordenadores e gestores.....</i>	<i>43</i>
<i>4.3.2 Critérios de exclusão.....</i>	<i>43</i>
<i>4.3.2.1 Usuários (Pacientes).....</i>	<i>43</i>
<i>4.3.2.2 Fisioterapeutas.....</i>	<i>43</i>
<i>4.3.2.3 Coordenadores e gestores.....</i>	<i>43</i>
4.4 Matriz conceitual.....	43
4.5 Instrumentos para coleta dos dados.....	51
4.6 Procedimentos de coleta de dados.....	52
<i>4.6.1 Coleta das informações dos usuários.....</i>	<i>52</i>
<i>4.6.2 Coleta das informações dos fisioterapeutas.....</i>	<i>53</i>
<i>4.6.3 Coleta das informações dos coordenadores e gestores.....</i>	<i>53</i>
4.7 Processamento e análise dos dados.....	53
<i>4.7.1 Processamento e análise dos dados dos usuários.....</i>	<i>54</i>
<i>4.7.2 Processamento e análise dos dados dos fisioterapeutas, coordenadores e gestores.....</i>	<i>55</i>
4.8 Aspectos éticos.....	55

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 Avaliação da satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos durante a internação hospitalar nas enfermarias.....	57
5.1.1 <i>Resultados da caracterização e satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos durante a internação hospitalar nas enfermarias.....</i>	57
5.1.2 <i>Discussão quanto a caracterização e satisfação dos usuários internados nas enfermarias.....</i>	73
5.2 Condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos aos fisioterapeutas.....	79
5.2.1 <i>Caracterização dos fisioterapeutas que trabalham nas enfermarias.....</i>	79
5.2.2 <i>Análise de conteúdo das entrevistas dos fisioterapeutas sobre as condições de atendimento e trabalho nas enfermarias dos hospitais.....</i>	82
<u>5.2.2.1 Limpeza do ambiente de trabalho.....</u>	83
<u>5.2.2.2 Conforto e condições de repouso.....</u>	85
<u>5.2.2.3 Refeições oferecidas pelo hospital.....</u>	87
<u>5.2.2.4 Quantidade de fisioterapeutas.....</u>	89
<u>5.2.2.5 Atendimentos por turno de trabalho.....</u>	91
<u>5.2.2.6 Carga horária de trabalho.....</u>	92
<u>5.2.2.7 Equipamentos de trabalho e materiais descartáveis para o atendimento.....</u>	93
<u>5.2.2.8 Segurança física.....</u>	96
<u>5.2.2.9 Condições de trabalho.....</u>	98
<u>5.2.2.10 Satisfação com o trabalho.....</u>	100
<u>5.2.2.11 Remuneração salarial.....</u>	102
<u>5.2.2.12 Estabilidade do vínculo empregatício.....</u>	104
<u>5.2.2.13 Assistência fisioterapêutica.....</u>	105
5.3 Percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas enfermarias.....	110
5.3.1 <i>Caracterização dos Coordenadores e Gestores dos Hospitais.....</i>	110
5.3.2 <i>Análise de conteúdo das entrevistas dos gestores e coordenadores acerca da percepção destes sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas enfermarias.....</i>	113
<u>5.3.2.1 Classe temática qualidade da assistência fisioterapêutica.....</u>	114
<u>5.3.2.2 Classe temática condições de trabalho.....</u>	121
<u>5.3.2.3 Classe temática satisfação e compromisso dos fisioterapeutas com o trabalho.....</u>	129

<u>5.3.2.4 Classe temática reconhecimento profissional dos fisioterapeutas.....</u>	131
<u>5.3.2.5 Classe temática organização e funcionamento do serviço de fisioterapia.....</u>	132
<u>5.3.2.6 Classe temática Assistência fisioterapêutica.....</u>	132
5.4 Avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.....	137
5.4.1 <i>Condições oferecidas.....</i>	138
5.4.2 <i>Trabalho dos fisioterapeutas.....</i>	139
5.4.3 <i>Confidencialidade das informações.....</i>	140
5.4.4 <i>Privacidade no atendimento.....</i>	141
5.4.5 <i>Direito à informação.....</i>	141
5.4.6 <i>Autonomia.....</i>	142
5.4.7 <i>Dignidade/cortesia.....</i>	142
5.4.8 <i>Priorização na atenção ao usuário.....</i>	142
5.4.9 <i>Conforto.....</i>	143
5.4.10 <i>Assistência fisioterapêutica.....</i>	143
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DOS USUÁRIOS.....	163
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DOS FISIOTERAPEUTAS.....	167
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DOS COORDENADORES DOS FISIOTERAPEUTAS.....	169
APÊNDICE D - INSTRUMENTO DOS GESTORES DAS UNIDADES.....	171
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS.....	173
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS FISIOTERAPEUTAS.....	175
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO COORDENADOR.....	177
APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS GESTORES.....	179
APÊNDICE I - ARTIGO SUBMETIDO (REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE).....	181

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	210
---	------------

1 INTRODUÇÃO

A avaliação como componente da gestão em saúde passou a ser valorizada a partir de iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo fundamental de dar apoio aos processos decisórios. Quanto aos avanços, a avaliação em saúde no Brasil mostra-se em um contexto no qual os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas, com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo, e pouco subsidia o planejamento e a gestão (SANTOS *et al.*, 2010).

A meta da qualidade da assistência constitui preocupação de profissionais atuantes no campo da saúde que tem como base os princípios do SUS de equidade, universalidade do acesso, da integralidade, regionalização e hierarquização, participação, resolutividade e controle social para orientar suas práticas, como também o acolhimento e a humanização tem feito parte do processo de reconstrução das políticas de saúde no sentido de assegurar a qualidade do atendimento (PAIVA; GOMES, 2007).

Avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; SANTOS *et al.*, 2010).

A avaliação dos serviços de saúde, a partir da opinião dos usuários, sobre a satisfação com o atendimento recebido, constitui um importante indicador da qualidade deste serviço de saúde. O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento, por isso o modo como os cuidados são dispensados e o relacionamento cliente/serviço de saúde, são importantes índices para avaliar a qualidade da assistência. Portanto, a boa relação entre os profissionais e o paciente contribuirá com efeitos positivos no tratamento (ARROYO, 2007).

Os indicadores avaliados podem orientar medidas a serem tomadas para a melhoria da qualidade do serviço de saúde, e segundo Donabedian (1984), a avaliação dos serviços de saúde deve considerar as dimensões técnicas e de relacionamento pessoal, tão importante quanto à estrutura física, é a capacidade e relacionamento dos funcionários de uma instituição. Ademais, a avaliação em saúde deve ser um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, a fim de se tornar contínua e sistemática, mediada por relações de poder, constituindo função importante da gestão. Atualmente, a

necessidade de concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde parece ainda mais importante (SANTOS *et al.*, 2010).

A qualidade ofertada nos serviços de saúde é uma questão complexa, com implicações específicas, que tem por finalidade avaliar programas criados e aperfeiçoados nos serviços de saúde, visando subsidiar a tomada de decisão nas diversas etapas do processo de avaliação.

Em algumas pesquisas publicadas na área de fisioterapia, tendo como enfoque a qualidade do serviço e da assistência, foi possível identificar que a satisfação do usuário é considerada um importante componente da qualidade do cuidado (SILVA, 2010). Para Mendonça e Guerra (2007), a fisioterapia apresenta características que podem influenciar a satisfação do paciente. Por exemplo, a intervenção com o usuário ocorre em tempo mais prolongado, os atendimentos são realizados mais de uma vez na semana, a terapia muitas vezes necessita da participação ativa do paciente, além do contato físico. Todas estas características favorecem maior interação e poderiam justificar a avaliação da assistência através do olhar do usuário.

A atuação da fisioterapia nos hospitais mostrou-se essencial por promover melhora no quadro clínico e na qualidade de vida do paciente. Em setores como as enfermarias, também mostrou ser importante por promover melhora na sintomatologia, reabilitação biopsicossocial e recuperação precoce da funcionalidade do paciente (FERREIRA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Assim, cada vez mais a fisioterapia foi tendo seu espaço ampliado no âmbito do atendimento hospitalar.

Os fisioterapeutas fazem parte de um grupo de profissionais de saúde frequentemente expostos a carga física e mental expressiva durante seu trabalho; a necessidade de atuar com autonomia, diversas vezes reprimida por normas organizacionais, a sobrecarga de trabalho, o escasso número de pessoal, a falta de reconhecimento profissional e condições de trabalho não adequadas, são aspectos relevantes nesse processo, uma vez que podem ocasionar circunstâncias de desgaste, angústia e insatisfação, podendo ser estas circunstâncias, possíveis fontes geradoras de impacto na qualidade da assistência fisioterapêutica prestada e na satisfação do usuário. Além disso, o trabalho de fisioterapia desempenhado especialmente no cenário hospitalar é diferenciado dos demais por ser contínuo, desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com o paciente sob seus cuidados e demais profissionais de saúde (SILVA, 2006).

Atualmente, ainda ocorre a dificuldade de encontrar publicações referentes à fisioterapia, apesar da franca integração da equipe de fisioterapia em equipes hospitalares e de haver discussões sobre indicadores do paciente internado (SOUZA *et al.*, 2013).

Diante do que foi apresentado, chegou-se aos seguintes questionamentos: Como as condições de atendimento e trabalho influenciam na qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar em João Pessoa, Paraíba? Como os usuários avaliam a qualidade dos cuidados fisioterapêuticos recebidos nos hospitais públicos, na cidade de João Pessoa?

Conhecer melhor, os fatores que influenciam a atividade laboral do fisioterapeuta, poderia favorecer melhorias estratégicas tanto organizacionais, físicas e pessoais do ambiente hospitalar, repercutindo numa melhor excelência do serviço ofertado e da assistência.

Para responder aos questionamentos do estudo, o trabalho foi estruturado em seis capítulos, incluindo a presente introdução. O segundo capítulo diz respeito ao referencial teórico, que traz aspectos da assistência fisioterapêutica, da humanização do atendimento, e da avaliação em saúde e qualidade da assistência. O terceiro capítulo expõe os objetivos da pesquisa para tentar responder os questionamentos formulados. O quarto capítulo trata dos procedimentos metodológicos, onde se definiu o desenho de estudo, os locais onde a pesquisa foi desenvolvida, a descrição de quem seriam os participantes pesquisados, como seria a abordagem quantitativa e qualitativa, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados, o plano de análise dos mesmos, e finalizando este capítulo os aspectos éticos do estudo.

O quinto capítulo aborda os resultados e discussões, sendo organizado em quatro partes relacionadas com os objetivos da pesquisa: a primeira parte avalia a satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos recebidos durante sua internação hospitalar; a segunda parte trata das condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais aos fisioterapeutas; a terceira parte evidencia a percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas unidades; e a quarta e última parte, faz uma avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

O sexto capítulo expõe as considerações finais. Nas referências encontra-se os autores usados para embasar a escrita e discussão da tese; nos apêndices e anexos, estão os instrumentos utilizados na pesquisa; os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), o parecer de aprovação da pesquisa e o artigo científico produzido a partir da mesma.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico, teve como base a fisioterapia como ciência, profissão; a assistência fisioterapêutica; a humanização durante o atendimento; e a avaliação em saúde, qualidade e assistência. Estes foram os pilares para a construção do arcabouço literário desta pesquisa.

2.1 Breve histórico da fisioterapia

O primeiro relato na história do que viria a ser Fisioterapia apareceu em 4000 a.C., por meio da utilização de elementos físicos (sol, luz e água), com o objetivo de extinguir doenças. Surgiu de forma curativa e preventiva sendo que ao longo dos anos foi reformulando-se conforme a evolução intelectual e psíquica do homem (LUCAS, 2005).

Historicamente, o princípio das técnicas utilizadas na profissão de fisioterapia tem origem na terapia manual. As mãos tornaram-se um instrumento de conhecimento e ferramenta terapêutica, desempenhando um papel fundamental nas três fases do processo terapêutico: avaliação, diagnóstico e tratamento (ESPINDOLA; BORENSTEIN, 2011).

Na Idade Média (século IV a XV), a exaltação da fé provocou a interrupção no avanço dos estudos da área de saúde. Nesse período, em decorrência da influência religiosa, o corpo humano passou a ser considerado “algo inferior”. Assim, o exercício estava inibido em sua forma anterior de aplicação, a curativa, passando a ser utilizado para outros fins. No período do Renascimento (séc. XV à XVI), houve a retomada dos estudos relativos ao cuidado com o corpo e a revitalização do culto ao físico. Ao final do Renascimento, verificou-se avanço na utilização dos recursos físicos como meio de tratamento das doenças, surgindo assim a cinesioterapia, como um tratamento que utiliza o movimento humano, sendo este um dos recursos mais utilizados na Fisioterapia atual (GAVA, 2004).

A Industrialização promoveu grande desenvolvimento, mas também o surgimento de condições sanitárias precárias, jornadas de trabalho estafantes, condições alimentares insatisfatórias e a realização de movimentos repetitivos pelos trabalhadores, esta organização do trabalho surgiu a partir da Teoria da Organização Científica do Trabalho, também conhecida por Taylorismo, criada pelo engenheiro Frederick Winslow Taylor. Esta Teoria coloca a ênfase nas tarefas preocupando-se com: o método de trabalho; os movimentos necessários à execução da tarefa; o tempo – padrão para a execução da tarefa. Taylor fez uma detalhada análise das

tarefas dos operários, analisou os seus movimentos e processos de trabalho, para os aperfeiçoar e racionalizar (SANTOS *et al.*, 2012).

A partir do século XX, com as mudanças na área da saúde, o aumento dos casos de poliomielite e dos sequelados das grandes guerras mundiais, a complexidade em ciência e tecnologia e a necessidade de abrir o leque das profissões delegando funções e atribuições a outros profissionais, a Fisioterapia tornou-se parte integrante da chamada “área da saúde” e ganhou marcante papel no aspecto social ao atuar em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, cura e reabilitação (ESPINDOLA; BORENSTEIN, 2011; SOUZA; SALDANHA; MELLO, 2014).

Estes foram fatores determinantes para o surgimento dos primeiros cursos de formação de fisioterapeutas. As primeiras escolas surgiram na Alemanha: em 1902 na cidade de Kiel e em 1918 em Dresden (GAVA, 2004).

A Fisioterapia surgiu no país a partir de 1929, com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, sendo a motivação principal para sua criação o grande número de portadores de sequelas da poliomielite com distúrbios do aparelho locomotor, bem como o crescente aumento de acidentes de trabalho (BARROS, 2008; BISPO JUNIOR, 2009; CAVALCANTE *et al.*, 2011; ESPINDOLA; BORENSTEIN, 2011). A Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro foi a primeira instituição do país a oferecer curso de graduação em fisioterapia de caráter regular (BARROS, 2008).

Em 13 de outubro de 1969, após o Presidente Costa e Silva ter sofrido um acidente vascular encefálico grave e ter sido atendido por fisioterapeutas, é que foi concedido o Decreto-Lei nº 938/69 que conferiu aos fisioterapeutas o devido reconhecimento como profissional de nível superior e a exclusividade do exercício profissional da fisioterapia no Brasil (BARROS, 2003).

No Decreto-Lei nº 938/69, de 13 de outubro de 1969, o fisioterapeuta é um profissional de nível superior capaz de executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com o objetivo de desenvolver, conservar e restaurar a capacidade física do paciente. Este dispositivo aponta as atividades específicas que poderão ser desenvolvidas por ele, como: cargos de direção e assessoramento técnico em estabelecimentos públicos e particulares, exercer o magistério no ensino médio e superior em disciplinas de educação básica ou profissional, além de supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos (CAVALCANTE *et al.*, 2011; CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1969).

Quando houve a regulamentação da profissão de Fisioterapia em 1969, existiam no Brasil apenas seis cursos de graduação nesta área. Ao longo de quinze anos surgiram outros dezesseis, totalizando 22 cursos em 1984. A partir da segunda metade dos anos de 1990, ocorreu um período de forte crescimento no ensino superior brasileiro, decorrente de uma nova proposta de política educacional da época. Este crescimento repercutiu em todas as áreas, resultando em um aumento no número de escolas e vagas dos mais diversos cursos de graduação, inclusive o de fisioterapia. Além deste fator positivo, nesta época também, houve o reconhecimento e respeito atribuídos à fisioterapia e a valorização da profissão pela sociedade. De acordo Góes *et al.* (2017), existem atualmente no Brasil em torno de 550 cursos de graduação em Fisioterapia.

Após a regulamentação da profissão e a consolidação de cursos superiores pelo Brasil, o próximo passo foi a criação dos conselhos de classe e do código de ética profissional. Em 17 de dezembro de 1975, a Lei 6316 criava o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), respectivamente. Tais órgãos possuem caráter normativo, supervisor e fiscalizador do exercício profissional, tendo o dever legal e função social de manter o controle ético e científico dos serviços ou atendimentos praticados pela fisioterapia e terapia ocupacional. A lei refere que dentre as possibilidades de locais e atividades de trabalho, estão: a administração pública direta ou indireta, os estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches, asilos; exercícios de cargo, função ou emprego de assessoramento, chefia ou direção. Para pleitear vagas para emprego, será exigida a condição essencial de apresentação da carteira profissional (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1975).

A Resolução nº 10 do COFFITO de 03 de julho de 1978 criou o Código de Ética Profissional, assinalando a assistência destes profissionais nos três níveis de atenção à saúde. O fisioterapeuta tem como dever utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos que estiverem ao seu alcance para minimizar ou prevenir o sofrimento do ser humano e participar dos programas de assistência à comunidade em âmbito nacional e internacional (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1978).

A situação atual da Fisioterapia no Brasil, portanto, é fruto de sua história, evolução e conquistas; e nesses 50 anos de reconhecimento a atividade ganhou respeito e credibilidade, de maneira que seus profissionais, cada vez mais qualificados, fossem reconhecidos e ganhassem espaço no mercado de trabalho. Durante esses anos, a fisioterapia evoluiu de uma profissão da

saúde que nasceu da intenção de auxiliar o médico e com atuação limitada à reabilitação motora, para uma profissão autônoma, com inserção nas diversas áreas clínicas e com espaços ampliados (BADARO; GUILHEM, 2011).

2.2 Assistência fisioterapêutica

O fisioterapeuta pode ser definido como profissional generalista e tem como principal objeto de trabalho o movimento humano e sua funcionalidade, possibilitando ao profissional realizar diagnóstico físico e funcional baseado nos déficits evidenciados. É uma ciência que estuda, diagnostica, previne e recupera pacientes com distúrbios cinéticos funcionais que acometem órgãos e sistemas do corpo humano, decorrentes de traumas, alterações genéticas, doenças adquiridas (ALVES, 2012; FERREIRA *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2014).

Em consequência das habilidades e competências desenvolvidas na graduação e em cursos de pós-graduação, seu campo de atuação tem ampliado consideravelmente nos últimos anos, com inserção em setores e serviços diferenciados, tais como: clínicas, consultórios, hospitais, creches, empresas, escolas, universidades, centros de pesquisa, agremiações desportivas, postos de saúde, órgãos públicos, na saúde coletiva entre outros (FERREIRA *et al.*, 2017; VIANA, 2005).

Conforme o Código de Ética Profissional são responsabilidades fundamentais do fisioterapeuta: prestar assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde; zelar pela provisão e manutenção da adequada assistência ao cliente; responsabilizar-se por erro cometido em sua atuação profissional individual ou coletivamente, quando o erro ocorrer em equipe; responsabilizar-se pelo desempenho técnico do pessoal sob sua direção, coordenação, supervisão e orientação (CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2009).

O atendimento fisioterapêutico costuma levar mais tempo do que uma consulta médica, as condutas envolvem maior contato físico e em geral requerem a participação ativa do paciente, além do mais, a terapia é capaz de provocar dor, podendo influenciar diretamente em sua satisfação durante o internamento (CAMARGO *et al.*, 2019).

Além da terapia propriamente dita, o fisioterapeuta é levado a planejar um ambiente enriquecido tanto no âmbito físico quanto emocional, a fim de motivar o paciente e proporcionar condições satisfatórias para o processo de recuperação (FIORELLI; MARINHO,

2005). Diversas vezes, o paciente encontra-se amedrontado, ansioso, apático ou deprimido, necessitando de incentivo, confiança e estímulo para aderir ao tratamento.

A relevância dessa categoria nos hospitais foi reconhecida na década de 70 e, posteriormente, destacou-se ainda mais sua importância, especialmente com a fisioterapia respiratória. A partir de então se consolidou como indispensável a permanência do fisioterapeuta em todas as unidades hospitalares, desde a unidade de terapia intensiva (UTI) até as enfermarias, possibilitando importante integração multiprofissional e interdisciplinar (FERREIRA *et al.*, 2017).

A fisioterapia no ambiente hospitalar teve um rápido crescimento nas últimas décadas, e as pesquisas para comprovação da eficácia de suas técnicas, também reforçam a importância do fisioterapeuta hospitalar, para tanto, sua presença durante 24 horas nas UTI, UTI neonatal e enfermarias se torna indispensável (ALVES, 2012). A atuação do fisioterapeuta hospitalar é focada em minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras, bem como promover integração sensorial motora e cognitiva.

O paciente seja ele clínico ou cirúrgico pode apresentar-se em diversas condições de saúde, com isso, conforme as necessidades apresentadas priorizam-se determinadas técnicas, visando maior efetividade nas condutas e utilização dos recursos disponíveis. Dessa maneira o fisioterapeuta participa ativamente na recuperação do paciente, com consequente redução no período de permanência de internação hospitalar (MALKOÇ; KARADIBAK; YILDIRIM, 2009).

O fisioterapeuta atuando sobre os efeitos deletérios da hipotonia ou inatividade do paciente acamado no âmbito hospitalar, contribui na redução da taxa de mortalidade, taxa de infecção, tempo de permanência na UTI e no hospital, índice de complicações em pós-operatório (ABRITTA; FERNANDES; PAULA, 2019).

A fisioterapia, atua prevenindo e minimizando a perda funcional e atende pacientes em condições clínicas graves, em cuidados paliativos e em situação de risco de vida. A fisioterapia vem ganhando cada vez mais respaldo e espaço nas suas áreas de atuação, devido à comprovação científica dos benefícios que o tratamento fisioterapêutico proporciona ao paciente, visando o retorno as suas atividades, seja de vida diária, seja laboral (CAVALCANTE *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2017).

Na busca pela excelência na qualidade do atendimento com o paciente hospitalizado, o feedback sobre os atendimentos fisioterapêuticos realizados pode ser utilizado

sistematicamente para melhorar os métodos de cuidados de saúde hospitalar (CAMARGO *et al.*, 2019).

2.3 Humanização do atendimento

O atendimento humanizado fornece melhores condições para a recuperação do paciente, pois o indivíduo atendido sente que é visto de forma individual onde seus sentimentos e doença são respeitados e dessa forma não somente quem está sendo atendido sente esta satisfação, mas também o profissional o que torna a terapia mais agradável, levando a resultados mais rápidos (ALVES, 2012).

O ressignificar da humanização faz-se necessário no sentido de qualificar o atendimento terapêutico, promover a satisfação do profissional e do usuário, além de conscientizar o profissional da saúde, em especial o fisioterapeuta, para que reconheça o usuário como um sujeito e não como um simples objeto de sua atenção, deixando de enfatizar a doença e cuidar da pessoa em si, vendo-a de maneira holística (SILVA; SILVEIRA, 2011). Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde e desafio para todos os trabalhadores da área.

Neste contexto, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, a Política Nacional de Humanização (PNH), Humaniza SUS, como proposta para enfrentar o desafio de assegurar os princípios do SUS, no que eles impõem de mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde. Essa nova política levou em consideração o conceito de clínica ampliada como trabalho clínico, que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional; a adstrição de clientela e construção de vínculo; a elaboração de projeto terapêutico, conforme a vulnerabilidade de cada caso; e a ampliação dos recursos de interação sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2008).

Ampliando a humanização no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde lançou em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que buscava melhorias na instituição hospitalar e na formação educacional de seus profissionais, com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, apontando, portanto, para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão se tornar mais modernos, dinâmicos e solidários, atendendo às expectativas de seus gestores e comunidade (BRASIL, 2001).

A humanização é um tema muito discutido atualmente, cuja assistência à saúde apresenta-se fragmentada em especialidades, onde o indivíduo é visualizado apenas em partes pela equipe de saúde e como um simples objeto de estudo (MEDEIROS; BATISTA, 2016).

No campo da atenção em saúde, o termo humanização tem sido utilizado com diferentes significados e entendimentos. Atualmente, é entendida como a capacidade de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos, com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos trabalhadores (SILVA; SILVEIRA, 2011).

A temática humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE; CORREA, 2012).

Na área da saúde, o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao modelo dos direitos humanos, expressos individualmente e socialmente. A fonte dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos dos Seres Humanos promulgada em 1948 pelas Organizações das Nações Unidas, que se funda nas noções de dignidade e igualdade do homem (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Ayres (2005) traz, a definição para humanização da atenção à saúde como “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contra relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”.

O centro do conceito de humanização é a dignidade e o respeito à vida humana, enfatizando a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A humanização surge como um desafio no novo século para os trabalhadores de saúde, pois há a preocupação com a complexidade tecnológica, fragmentação do cuidado em visões isoladas, especialização dos saberes, considerando também que nos serviços de saúde há situações “desumanizantes”, como a racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, além do impedimento de que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-criativa (SILVA; SILVEIRA, 2011).

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos, nos serviços de saúde, essa intenção humanizadora se traduz em diferentes proposições: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas

e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantir acompanhante na internação da criança; implementar novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto – o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso – programa da mãe-canguru; amenizar as condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denunciar a “mercantilização” da medicina; criticar a “instituição total” e tantas outras proposições (PUCCINI; CECILIO, 2004).

Assim, com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana (PUCCINI; CECILIO, 2004). O usuário deve ser reconhecido como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, bem como de interesses e necessidades específicos (TRAD, 2006).

Como diz Ayres (2005), o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não técnico, a mútua fecundação entre essas dimensões interligadas é que possibilita um plano de maior autenticidade e efetividade nas ações de saúde. Humanizar, além das suas implicações para a formulação de políticas e para gestão dos serviços, significa também, transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização.

No processo de humanização do atendimento em saúde, compreende-se que, diferentemente da perspectiva caritativa que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como sujeito que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e “desumanas” construídas nas relações com o outro no cotidiano (CASATE; CORREA, 2012).

Na área da saúde, um grande desafio para a implementação de medidas humanizadoras no âmbito assistencial é a sensibilização e preparação dos trabalhadores, que têm uma formação acadêmica, fundamentalmente tecnicista. Para atender às novas políticas de saúde, fazem-se necessárias mudanças na formação dos recursos humanos, adaptando-os à nova realidade do “tratar em saúde”, representando, portanto, um processo de transformação complexo, que deve iniciar-se durante a graduação e manter-se como um processo de educação continuada após a inserção deste profissional no mercado de trabalho (SILVA; SILVEIRA, 2011).

A humanização deve ser voltada para uma assistência que valorize a qualidade técnica e ética do cuidado, buscando o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipes. A

humanização deve ser entendida como um processo que vai além da melhoria da qualidade da relação profissional-usuário; e pressupõe o desenvolvimento do sentido de cidadania e de participação crítica (TRAD, 2006).

No caso do fisioterapeuta, seu atendimento deve ir além de uma preparação para atuação técnica, mas também focar o ser humano; deverá estar voltado à atenção integral ao usuário, não só do ponto de vista físico, como também social, ético e humano. Embora tenha recursos físicos disponíveis, o fisioterapeuta tem como principal instrumento as mãos, que, através do toque, cuidam, reabilitam, confortam e curam. As mãos dos fisioterapeutas que operam modernos equipamentos também são aquelas que tocam e massageiam os usuários. O resgate do uso das mãos no contato direto entre profissional-doente está contribuindo para a humanização do atendimento e a valorização do toque, que vai de encontro à supervalorização das máquinas em detrimento de uma assistência humanizada (SILVA; SILVEIRA, 2011).

2.4 Avaliação em saúde e qualidade da assistência

Fazendo uma breve retrospectiva sobre o uso da avaliação em saúde, encontra-se suas raízes históricas mais profundas na Grécia Antiga. Os filósofos clássicos já se referiam ao uso de padrões de conhecimentos na arte médica. Platão, em alguns de seus discursos, apontava para conceitos de excelência e destacava a importância das comparações desses produtos entre si e, principalmente, com o que era considerado padrão para tal (CAVALHEIRO *et al.*, 2015).

A avaliação em saúde, nos últimos anos, se configurou como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. Não só no sentido de aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como satisfazer o conjunto da população usuária do sistema a partir da decorrente distribuição equitativa dessas intervenções (SANCHO; DAIN, 2012).

Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde é um tema complexo e polivalente por apresentar muitas facetas e autores diferentes, sendo possível encontrar inúmeras abordagens e definições.

Esta complexidade depende de vários fatores que devem ser observados no contexto da avaliação como: a pessoa que será avaliada, vista de forma integral em suas características biopsíquicas; a variedade de atores que atuam no sistema de saúde (usuários, profissionais, gestores, etc.), pois cada um tem suas particularidades e seu papel dentro da avaliação da qualidade da assistência; a pluralidade de abordagens e métodos de análise; e por fim os fatores

contextuais históricos, culturais, políticos e sociais que é ressaltado por Donabedian (1990) ao dizer que de cultura a cultura, mudam as normas de adequação e a disponibilidade de recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e conseqüentemente, mudam os critérios para avaliar a qualidade da assistência.

A avaliação no campo da saúde ganhou relevância e se impôs no decorrer dos anos 70, tendo como causas a econômica, conseqüente à racionalidade imposta ao setor, e a necessidade de monitorar a relação entre as práticas e a mudança de determinada situação de saúde, de acordo com as necessidades na perspectiva do processo saúde-doença (SANCHO; DAIN, 2012).

Deslandes (1997) reflete que, embora a avaliação de serviços atualmente lance mão de teorias e metodologias, geralmente oriundas das ciências sociais, a dimensão técnico-operacional da avaliação tem sido priorizada em detrimento da discussão teórico-metodológica.

O interesse pela qualidade da assistência à saúde é crescente e houve grandes avanços nas últimas décadas, mas a multidimensionalidade do termo qualidade, ainda hoje representa um desafio para o campo da saúde coletiva, uma vez que percebe uma dificuldade não apenas em conceituar qualidade em saúde, mas até mesmo identificar a polissemia do termo qualidade (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Para que as avaliações contribuam com as transformações da sociedade é necessário considerar seus critérios de excelência. Utilidade: jamais se deve empreender uma avaliação inútil. Viabilidade: deve-se levar em conta o ambiente político, prático e o custo benefício. Ética: relacionada ao respeito aos valores dos interessados, a seriedade intelectual com que deve ser realizada a abordagem avaliativa e os critérios de benemerência e de confidencialidade. Precisão técnica: uma avaliação deve ser realizada dentro de parâmetros consolidados cientificamente (MINAYO, 2011).

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

No final do século XX, há uma grande expansão não só em produção científica, como na sua institucionalização (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Segundo Assis *et al.* (2007), no Brasil, a utilização de processos de avaliação de intervenções sociais era tímida; no entanto, na década de 90, observou-se um incremento nas práticas de avaliação, perceptível pela grande quantidade de produções científicas produzidas neste período.

Felisberto (2006) ressalta o maior interesse nas iniciativas voltadas à avaliação em saúde nas últimas décadas, citando que esta vem ocorrendo de forma progressiva no Brasil. Sendo observado um maior número de realizações de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, e até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com o objetivo de subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados.

Após revisão de literatura, Champagne *et al.* (2011), propõem uma definição de avaliação em que afirmam que consiste, fundamentalmente:

[...] em emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Para Contandriopoulos *et al.* (1997), os objetivos principais de uma avaliação são de quatro tipos: estratégico; formativo; somativo; e fundamento. A avaliação relaciona-se com a necessidade de legitimação por parte dos gestores, de modo a postergar a tomada de decisões, a aumentar o controle sobre a intervenção e a satisfazer as exigências dos organismos financiadores, além disto, Pinto, Silva e Baptista (2014), chamam a atenção de que os objetivos da avaliação dependem de quem formula o questionamento.

Já de acordo com Minayo (2005), para quem a avaliação é vista como técnica e estratégia investigativa, o primeiro objetivo da avaliação é fornecer respostas à sociedade sobre o emprego de recursos públicos, devendo servir, em seu propósito mais nobre, para a transformação dessa sociedade. Este objetivo engloba as discussões sobre a eficiência, a efetividade e a eficácia das intervenções sociais.

É importante observar também que a avaliação de serviços de saúde possui algumas particularidades em relação a outros tipos de serviços. A prestação de serviços de saúde inclui expectativas e análises mais subjetivas. Trabalha com sentimentos como a empatia e a sensibilidade, componentes existentes na relação paciente x profissional de saúde. Os aspectos envolvidos na qualidade de serviços de saúde são mais difíceis de serem alcançados, haja vista serem de caráter intangível. Pode-se citar como exemplo a satisfação dos usuários, aspecto que tem sido focado amplamente na literatura como o mais evidente e importante indicador de qualidade em serviços de saúde (RESENDE, 2004; RONCATI, 2002).

As perspectivas teórico-metodológica da avaliação em saúde podem ser sintetizadas em:

necessidades de um modelo teórico para orientar o processo de avaliação; exigência de pluralidade metodológica dada a contextualização das ações programáticas e a complexidade das medidas de resultados; e obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e a utilidade do produto final (HARTZ, 1999).

A avaliação pode ser dividida em quatro períodos ou gerações que demarcam a construção da avaliação ao longo do tempo. A primeira geração da avaliação se estabelece entre as décadas de 1910 e 1930, refere-se à construção e aplicação de instrumentos de medidas, tendo origem nas medições de coeficiente de inteligência para classificação de crianças e determinação de progresso escolar. Esse modelo de observação ainda pode ser encontrado nas organizações públicas e privadas no setor da educação. De acordo com Guba e Lincoln (2011), a primeira geração da avaliação é aquela que é sinônimo de medida, portanto, uma questão fundamentalmente técnica.

A segunda geração marcada pela publicação do estudo de Ralph Tyler em 1942, foi denominada descrição e assinala o nascimento da avaliação de programas. Conforme Guba e Lincoln (2011), na avaliação como descrição, a principal característica é a formulação de objetivos comportamentais e a verificação da sua consecução, podendo, assim, falar-se numa função reguladora da avaliação, embora sem a sofisticação teórica e prática que se lhe atribui atualmente.

A terceira geração trouxe um componente que estava sendo negligenciado, o julgamento, que passou a ser parte integrante da avaliação e o avaliador assumiu o papel de juiz, retendo ainda os papéis anteriores advindos das outras gerações, as funções técnicas e descritivas. A terceira geração traz a avaliação como juízo de valor, encontrando consonância no conceito aqui apresentado por Champagne *et al.* (2011).

A quarta geração denominada negociação, começa a se manifestar na década de 1980 e ganha forma com a descrição de Guba e Lincoln em 1989, que nessa perspectiva, a avaliação, além de incluir a visão do contexto, é também participativa, ou seja, privilegia não apenas a validação dos resultados pelos vários segmentos, mas a inserção dos diferentes atores implicados nos processos sob avaliação, buscando, assim, garantir distintas perspectivas, sobretudo a dos usuários quase sempre excluídos no processo de formulação, pactuação e execução prática das ações; é definida pelos formuladores como avaliação responsiva construtivista (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010; GUBA; LINCOLN, 2011).

Segundo esses autores, a avaliação de quarta geração busca superar as avaliações centradas na mensuração, na descrição e no juízo de valor para, então, “abarcara outro nível em

que a principal dinâmica é a negociação” (GUBA; LINCOLN, 2011). As suas principais características são:

- a) A não objetividade do produto da avaliação, não sendo considerado um fato acabado visto apenas pelo olhar do avaliador, mas sim como um resultado da interação entre o avaliador e os diversos grupos de interesse;
- b) A consideração da pluralidade de valores dos participantes nos produtos das avaliações;
- c) A vinculação dessas construções aos contextos: físico, psicológico, político, social nos quais elas são formadas e aos quais elas se referem. E, ao ser produto de um consenso, estão sujeitas, inclusive, a erros humanos;
- d) A possibilidade de moldar as avaliações, sendo possível aumentar ou diminuir direito de participação dos atores interessados;
- e) A negociação entre os atores, fazendo com que o produto da avaliação não se restrinja a recomendações que terão serventia apenas ao avaliador e ao cliente, mas sim que seja desenvolvida uma linha de ação com a qual a maioria dos participantes concorde.

Para a discussão sobre os conceitos e métodos da avaliação da qualidade em saúde, considera-se fundamental falar de Avedis Donabedian, pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi autor pioneiro que se dedicou a estudar e publicar sobre qualidade em saúde (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Devido, sua importante obra voltada para a qualidade da atenção à saúde, é considerado o autor que mais contribuiu para o desenvolvimento da avaliação em saúde (MENDES *et al.*, 2009).

Grande parte dos estudos nessa área se baseia nos conceitos propostos por Donabedian (1984), que apresenta duas linhas principais: o primeiro baseado no modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado; e o segundo baseado em dimensões que definem qualidade conhecidos como os sete pilares da qualidade (efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade).

No modelo sistêmico, Donabedian (1984) propôs a avaliação da qualidade da assistência a partir da tríade Estrutura-Processo-Resultado. Segundo Donabedian (1984), a “estrutura” corresponderia às características estáveis dos prestadores do serviço, aos instrumentos e recursos, assim como às condições físicas e organizacionais; e para Souza e Scatena (2014), o processo seria o serviço prestado, o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários; e os resultados podem ser exemplificados como a satisfação dos usuários com o atendimento.

Champagne *et al.* (2011) utilizam em sua obra constantemente a tríade Estrutura-Processo-Resultado de Donabedian. Defendem as distintas possibilidades de elaboração de modelos lógicos como ferramentas fundamentais para a prática do avaliador em qualquer modalidade de avaliação.

Samico *et al.* (2010) relatam que cada elemento da tríade tem limitações, quanto a estrutura, a maior fragilidade está relacionada os seus pressupostos de validade, pois, presume-se que uma boa estrutura leve a um bom processo e este a um bom resultado. Quanto maior a cadeia de pressupostos de validade, maior a possibilidade de ligações fracas, insustentáveis logicamente e não comprovadas. Mas se uma boa estrutura pode não garantir um resultado favorável, ela pode prevenir a deterioração de qualidade que poderia ocorrer caso não houvesse padrões estruturais. Quanto o processo, propõe começar a avaliação por ele, pois permitiria uma compreensão melhor dos interesses e conflitos que vão influenciar nos resultados da avaliação. Quanto os resultados, a limitação seria a impossibilidade de correção das ações uma vez que resultados são sempre consequência de algo, além do que, os resultados são difíceis de medir podendo ser necessário um longo tempo de observação para mensuração do impacto.

Donabedian (1990) considera que as avaliações de qualidade devem partir da definição do que é considerado qualidade pois a mesma, não se constitui em um ente abstrato. A qualidade deve ser definida em cada avaliação utilizando dimensões denominadas sete pilares (eficácia, efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade).

Eficácia: é a capacidade do cuidado de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, a capacidade de arte e ciência produzirem melhorias na saúde e bem-estar. É o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. Capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em condições ideais de uso.

Efetividade: é o grau em que o cuidado alcança o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia apontam como alcançáveis. Capacidade de produzir o efeito desejado quando em uso rotineiro, consiste na relação entre o impacto real e o potencial. É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtida nas condições usuais da prática cotidiana.

Eficiência: relação entre o impacto real e o custo das ações. É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

Otimização: máximo cuidado efetivo obtido pelo programa, ou seja, uma vez atingido determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da

elevação dos custos. Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos.

Aceitabilidade: adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do cuidado prestado.

Legitimidade: grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade dos serviços ofertados. Pode ser definido também como a aceitabilidade do cuidado na forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.

Equidade: princípio pelo qual se determina o que é justo na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte do que torna o cuidado aceitável para os indivíduos de uma sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar para intervenção os grupos sociais com maiores necessidades de saúde (ARROYO, 2007; DONABEDIAN, 1990; FURLAN, 2011; SAMICO *et al.*, 2010).

Com o objetivo de formular estratégias para a avaliação em saúde, uma rede brasileira de pesquisadores vinculados a várias instituições de pesquisa, sob a coordenação técnica do Departamento de Informações em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), elaborou e propôs uma metodologia de avaliação para o sistema brasileiro de saúde, o Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, 2012).

O PROADESS tem o foco na avaliação sobre o desempenho dos serviços de saúde que, por sua vez, depende da estrutura do sistema, cuja arquitetura e cujo funcionamento devem ser capazes de garantir o atendimento às necessidades de saúde, reconhecendo que elas são, em grande parte, decorrentes de determinantes sociais, políticos e econômicos.

Na perspectiva adotada no PROADESS, para avaliar o desempenho do sistema de saúde é imprescindível ter clareza sobre os princípios, os objetivos, e as metas a serem alcançadas, pois servirão de base para a escolha das dimensões que serão avaliadas. No meio acadêmico, a proposta do PROADESS foi bem acolhida, uma vez que viabilizou e ampliou a discussão sobre a avaliação do sistema de saúde como tema da produção de conhecimento técnico-científico, o que é essencial para o aprimoramento das políticas de saúde.

O desenvolvimento da matriz conceitual e sua divulgação entre instituições de ensino e pesquisa provocaram a internalização da avaliação de sistemas de saúde pelas instituições participantes, cumprindo-se, deste modo, um dos grandes objetivos do projeto.

Para avaliação do desempenho dos serviços de saúde o PROADESS define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde, propondo as seguintes dimensões para avaliação:

- a) Efetividade: grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- b) Acesso: capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários, no momento certo e no lugar adequado;
- c) Eficiência: relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- d) Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- e) Aceitabilidade: grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- f) Continuidade: capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- g) Adequação: grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- h) Segurança: capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

A dimensão Respeito aos direitos das pessoas é composta pelas seguintes categorias:

- a) Confidencialidade das informações – refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos, e aquelas referentes ao seu estado de saúde;
- b) Privacidade no atendimento – refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras;
- c) Direito à informação – refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento bem como ter acesso ao prontuário que contenha informações a respeito do seu estado de saúde e tratamento;
- d) Conforto – refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, alimento saudável

e comestível, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupas limpas, procedimentos regulares de limpeza e manutenção do prédio;

- e) Autonomia – diz respeito à liberdade, considerando a decisão entre tratamento alternativo, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental;
- f) Dignidade e cortesia – envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente;
- g) Respeito aos valores das pessoas – refere-se à noção de que indivíduos têm diferentes desejos, necessidades e preferências.

A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio para melhorar a qualidade da tomada de decisão, e a concepção do processo avaliativo tem que estar sintonizada com o contexto do objeto a ser avaliado, com a identificação dos indivíduos envolvidos e que tem a capacidade técnica de implementá-lo; e com as políticas e prioridades do setor saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012). Em resumo, a avaliação em saúde, tem como propósito fazer um julgamento centrado na caracterização das condições de produção dos efeitos observados, para de tal modo, ampliar o potencial de generalização sobre os efeitos observados, ao avaliar a correlação das variáveis contextuais no que concerne à intervenção (SANCHO; DAIN, 2019).

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

3.1 Objetivos específicos

- a) Avaliar a satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos recebidos;
- b) Analisar as condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos, segundo os fisioterapeutas;
- c) Analisar a percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas unidades;
- d) Realizar uma avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, encontra-se detalhado todos os procedimentos adotados quanto à classificação, planejamento e execução desta pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa apresentada foi do tipo estudo de caso de caráter exploratório, pois avaliou a qualidade da assistência fisioterapêutica hospitalar no município de João Pessoa. Gil (2008) esclarece que o estudo de caso envolve a pesquisa profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de maneira que se permita seu amplo e detalhado conhecimento. Para Yin (2001), esse tipo de estudo tornou-se o método preferido dos pesquisadores, especialmente quando as perguntas de partida se iniciam por “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando as atenções estão voltadas para fenômenos contemporâneos, inseridos em algum contexto de vida real.

O propósito fundamental do estudo de caso (como tipo de pesquisa) é analisar intensamente uma dada unidade social, que no caso deste estudo foram os serviços de fisioterapia no âmbito hospitalar.

Quanto à abordagem, a pesquisa foi qualitativa e quantitativa. Minayo (1994) relata que a abordagem qualitativa considera o universo dos significados e os valores, que correspondem a um espaço mais profundo das relações de subjetividade do indivíduo e os estudos quantitativos são capazes de gerar e refinar o conhecimento, por meio do raciocínio dedutivo.

Minayo (1994) ainda complementa dizendo que o conjunto de dados qualitativos e quantitativos não se opõe, e sim se complementam, de maneira a abranger uma realidade dinâmica, excluindo-se qualquer dicotomia. Os resultados obtidos por este tipo de estudo são baseados na observação, na medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva.

4.2 Local da pesquisa

Os hospitais escolhidos para a realização da pesquisa foram: o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL) e o Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI). Estes locais foram

escolhidos por apresentarem uma quantidade significativa de pacientes e de fisioterapeutas, e por serem referências de atendimento hospitalar.

Nestes hospitais, os locais específicos para a coleta dos dados foram as enfermarias classificadas como Clínica Médica e Cirúrgica Adulto.

O HULW é o hospital escola da Universidade Federal da Paraíba e faz parte da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo esta, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como prestar às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública. As enfermarias da clínica médica do HULW tinham cinquenta leitos ativos e eram divididas em duas alas: A e B. Cada uma das alas, era composta por vários quartos contendo quatro, dois ou apenas um leito. A enfermaria cirúrgica tinha vinte e oito leitos ativos e era constituída por apenas uma ala com vários quartos de até dois leitos cada. Em todos os quartos havia banheiro privativo, e em alguns existia climatização com ar condicionado.

O HEETSHL também conhecido como o Hospital de Trauma, tem um papel fundamental no Estado da Paraíba, por ser referência no atendimento de emergência e trauma no Estado. Sua gestão era pactuada entre o Estado da Paraíba e a Organização Social (OS) Cruz Vermelha, sofrendo mudanças durante o período de coleta da pesquisa, atualmente a administração do hospital voltou para completa responsabilidade do Estado. As enfermarias da clínica médica e cirúrgica constituíam um setor único, tinham um total de oitenta leitos, divididos em posto 1 e posto 2. O posto 1, era designado para o público masculino e separado por ala A, com trinta leitos; e ala B, com vinte e oito leitos. O posto 2, era específico para o público feminino e continha vinte e dois leitos. Cada posto, era formado por vários quartos com quatro leitos cada, em sua maioria. Em todos os quartos havia televisão, banheiro privativo e climatização com ar condicionado.

O HMSI é apontado como referência em hospital municipal de João Pessoa, sendo classificado pelo SUS como hospital de média complexidade. O setor enfermaria da clínica médica tinha a capacidade de vinte e oito leitos, divididos em enfermarias femininas chamadas Santa Ana e Santo Antônio; e enfermarias masculinas conhecidas como São Paulo e São José. Cada uma dessas enfermarias tinha a capacidade máxima de seis leitos, eram amplas, com banheiro e climatização com ar condicionado. Existia ainda, uma enfermaria separada,

designada para pacientes que necessitavam isolamento de contato, conhecida como enfermaria Santa Luzia, com a capacidade para 4 pacientes, divididos em três quartos.

A enfermaria cirúrgica deste hospital era conhecida como enfermaria Santa Filomena, tinha a capacidade de trinta e dois leitos, divididos em quartos com a capacidade máxima de dois pacientes. Estes quartos tinham banheiro privativo, mas em sua maioria, não eram climatizados.

4.3 População do estudo

A população foi constituída pelos usuários (pacientes), fisioterapeutas, coordenadores dos serviços de fisioterapia, e gestores das unidades hospitalares anteriormente citadas.

A amostra dos usuários foi não probabilística, composta por pacientes internados nas enfermarias classificadas como clínica médica e cirúrgica adulto, que estavam recebendo atendimento fisioterapêutico e se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa.

Conforme um levantamento prévio feito através de conversa com coordenadores dos fisioterapeutas dos setores das enfermarias, indicou-se a admissão média de 20 pacientes com internação acima de uma semana, por mês em cada hospital. A partir desta informação, chegou-se à estimativa de que em um período de coleta de quatro meses em cada hospital, possivelmente seriam entrevistados um total de 240 usuários, fato que se confirmou durante a realização do estudo.

Quadro 1- Número de usuários entrevistados nas enfermarias clínica médica e cirúrgica adulto, 2020.

Unidade	Usuários
Hospital Universitário Lauro Wanderley	80
Hospital Municipal Santa Isabel	80
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	80
Total	240

Fonte: a autora.

A amostra dos fisioterapeutas foi não probabilística por conveniência, composta por profissionais que atendiam nas enfermarias classificadas como clínica médica e cirúrgica adulto.

No total existiam 25 fisioterapeutas que atendiam nos setores de enfermaria clínica e cirúrgica dos hospitais pesquisados (Quadro 2), foram entrevistados quinze fisioterapeutas ao todo, sendo cinco no HULW, quatro no HEETSHL e seis no HMSI.

Quadro 2- Número de fisioterapeutas que atendiam nas enfermarias clínica médica/cirúrgica adulto, 2020.

Unidade	Fisioterapeutas
Hospital Universitário Lauro Wanderley	10
Hospital Municipal Santa Isabel	6
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	9
Total	25

Fonte: a autora.

Quanto aos coordenadores, foram entrevistados um por hospital; e quanto aos gestores, foram entrevistados os das unidades hospitalares HULW e HMSI. Não foi possível entrevistar o gestor do HEETSHL, pois no período que ocorreu a coleta, a unidade passava por uma intervenção administrativa, onde os cargos de gestão encontravam-se suspensos.

Quadro 3- Número de coordenadores e gestores entrevistados por hospital, 2020.

Unidade	Coordenador	Gestor do Hospital
Hospital Universitário Lauro Wanderley	1	1
Hospital Municipal Santa Isabel	1	1
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	1	0
Total	3	2

Fonte: a autora.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão trazem as características que os usuários, fisioterapeutas, coordenadores e gestores, devem apresentar para poder participar da pesquisa.

4.3.1.1 Usuários (Pacientes)

- a) Estar internado a mais de 7 dias nas enfermarias identificadas como Clínica Médica e Cirúrgica;
- b) Ter recebido mais que 5 atendimentos fisioterapêuticos;
- c) Ter plena consciência da realidade;
- d) Ser maior de 18 anos.

4.3.1.2 Fisioterapeutas

Trabalhar nas enfermarias da clínica médica e ou cirúrgica adulto a mais de seis meses.

4.3.1.3 Coordenadores e gestores

Estar no cargo a mais de 6 meses.

4.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão, trazem as características que os usuários, fisioterapeutas, coordenadores e gestores, se apresentarem não poderão participar da pesquisa.

4.3.2.1 Usuários (Pacientes)

- a) Estar internado a menos de 7 dias nas enfermarias identificadas como Clínica Médica/cirúrgica;
- b) Ter recebido menos de 5 atendimentos fisioterapêuticos;
- c) Ter o nível de consciência comprometido;
- d) Ser menor de 18 anos.

4.3.2.2 Fisioterapeutas

Trabalhar nas enfermarias da clínica médica/cirúrgica adulto à menos de seis meses.

4.3.2.3 Coordenadores e gestores

Estar no cargo a menos de seis meses.

4.4 Matriz conceitual

Para orientar o desenvolvimento de um estudo de avaliação faz-se necessário construir uma matriz avaliativa que contemple critérios, dimensões, indicadores, medidas e parâmetros (MEDINA *et al.*, 2005).

A construção da Matriz Conceitual deste estudo teve como base o referencial teórico do modelo sistêmico de Donabedian (1984), que propôs a avaliação da qualidade da assistência a partir da tríade Estrutura-Processo-Resultado, a Humanização do atendimento em saúde e a metodologia de avaliação formulada pelo PROADESS, tendo como base a dimensão Respeito aos direitos das pessoas; e a matriz desenvolvida por Mendes (2009), em sua pesquisa sobre a qualidade do atendimento das emergências. A matriz formulada por Mendes (2009), é validada e foi utilizada em estudos como o de Santiago (2010); Silva (2016) e Ramos (2018).

A matriz do presente estudo foi dividida em cinco seções: dimensões de qualidade; descritores; questão norteadora; instrumento/ com quem, e dimensões da avaliação.

Foram formuladas nove dimensões de qualidade, com base nos conceitos do PROADESS e na Humanização do atendimento em saúde, descritas a seguir.

A dimensão Confidencialidade das Informações pretende avaliar a relação de confiança do usuário com o fisioterapeuta para compartilhar suas informações.

A dimensão Privacidade no Atendimento estuda a preservação da exposição física do paciente durante seu atendimento fisioterapêutico.

A dimensão Direito a Informação reflete o acesso do paciente a orientações e informações sobre seu tratamento.

A dimensão Autonomia sobre o Atendimento evidencia o respeito a escolha do paciente de receber ou não o atendimento fisioterapêutico.

A dimensão Dignidade e Cortesia, reconhece o paciente como um cidadão que deve receber o melhor tratamento possível.

A dimensão Priorização na Atenção ao Usuário refere-se ao imediato atendimento das necessidades do paciente pelo fisioterapeuta.

A dimensão Conforto avalia as condições de conforto oferecidas aos pacientes durante seu tratamento e ao fisioterapeuta durante seu trabalho.

A dimensão Assistência Fisioterapêutica refere-se ao atendimento prestado pelo fisioterapeuta baseado no conhecimento técnico científico.

A dimensão Condições de Trabalho e Atendimento demonstra as condições para garantir a assistência.

Todas as dimensões e os descritores podem ser visualizados no quadro a seguir:

Quadro 4- Dimensões da Matriz Conceitual, 2020.

DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES
CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES	Confiança dos usuários para expor seus problemas, suas intimidades ao profissional de saúde
PRIVACIDADE NO ATENDIMENTO	Não exposição física do paciente a outras pessoas que não os profissionais de saúde
DIREITO À INFORMAÇÃO	Acesso as informações sobre seu tratamento fisioterapêutico
AUTONOMIA SOBRE O ATENDIMENTO	Ter a autonomia sobre a realização de seu atendimento fisioterapêutico
DIGNIDADE E CORTESIA	Reconhecimento do usuário como cidadão fornecendo o melhor tratamento possível
PRIORIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO USUÁRIO	Refere-se ao pronto-atendimento das necessidades do usuário
CONFORTO	Condições adequadas para garantir o conforto do usuário e do profissional de saúde durante a assistência
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA	Assistência baseada no conhecimento técnico científico
CONDIÇÕES DE TRABALHO E ATENDIMENTO	Condições adequadas para garantir a assistência ao usuário

Fonte: autora a partir do Proadess.

A coluna da matriz intitulada Dimensões da Avaliação teve sua construção baseada no Modelo Sistêmico de Donabedian (1984), classificando como Processo, Estrutura e Resultado.

O Processo refere-se ao trabalho do fisioterapeuta e a percepção deste pelo usuário. A Estrutura avalia as condições oferecidas pelos hospitais para o atendimento do paciente e a boa prática profissional do fisioterapeuta. O Resultado avalia a satisfação do usuário com o atendimento fisioterapêutico recebido.

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(continua)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES	Confiança dos usuários para expor seus problemas, suas intimidades ao profissional de saúde	Confiança no fisioterapeuta que lhe atendeu para contar seu problema de saúde?	Usuários	Processo
PRIVACIDADE NO ATENDIMENTO	Não exposição física do paciente a outras pessoas que não os profissionais de saúde	Privacidade do paciente durante o atendimento?	Usuários	Estrutura

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(continuação)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
DIREITO À INFORMAÇÃO	Acesso as informações sobre seu tratamento fisioterapêutico	Informação sobre o tratamento fisioterapêutico a ser realizado?	Usuários	Processo
		Possibilidade de fazer perguntas e receber orientação do fisioterapeuta?	Usuários	Processo
AUTONOMIA SOBRE O ATENDIMENTO	Ter a autonomia sobre a realização de seu atendimento fisioterapêutico	Respeito a opção de realizar ou não a sessão de fisioterapia?	Usuários	Processo
DIGNIDADE E CORTESIA	Reconhecimento do usuário como cidadão fornecendo o melhor tratamento possível	Atendimento do fisioterapeuta de forma gentil e respeitosa?	Usuários	Processo
		Espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias?	Usuários	Estrutura
		Permissão da presença de um acompanhante? (Livre escolha)	Usuários	Estrutura
PRIORIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO USUÁRIO	Refere-se ao pronto-atendimento das necessidades do usuário	O fisioterapeuta se prontificar em atender sua solicitação?	Usuários Fisioterapeutas	Processo
		Quantidade de atendimentos realizados?	Usuários Fisioterapeutas	Processo e Estrutura

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(continuação)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
CONFORTO	Condições adequadas para garantir o conforto do usuário e do profissional de saúde durante a assistência	A enfermaria é limpa?	Usuários Fisioterapeutas Coordenador Gestor	Estrutura
		Há limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos?	Usuários	Estrutura
		A enfermaria é ventilada?	Usuários	Estrutura
		O ambiente tem uma temperatura agradável?	Usuários	Estrutura
		Conforto da enfermaria/repouso?	Usuários Fisioterapeutas Coordenador Gestor	Estrutura
		O barulho impede seu descanso?	Usuários	Estrutura
		Quantidade e qualidade das roupas do hospital?	Usuários Fisioterapeutas	Estrutura
		A qualidade e quantidade de refeições oferecidas pelo hospital é satisfatória?	Usuários Fisioterapeutas	Estrutura
		Como você avalia as condições de repouso no plantão?	Fisioterapeutas Coordenador Gestor	Estrutura

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(continuação)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA	Assistência baseada no conhecimento técnico científico	Escuta da queixa do paciente de maneira atenciosa?	Usuários Fisioterapeutas	Processo
		Exame físico de forma cuidadosa e detalhada?	Usuários	Processo
		Horário do atendimento fisioterapêutico?	Usuários Fisioterapeutas	Processo
		Qualidade do trabalho do fisioterapeuta?	Usuários Coordenador Gestor	Processo
		Contribuição do tratamento fisioterapêutico para o estado de saúde do paciente?	Usuários	Processo
		Quantidade de atendimentos fisioterapêuticos supre a necessidade do paciente?	Usuários	Processo
		O atendimento teve a duração de tempo adequada para o paciente?	Usuários Fisioterapeuta	Processo
		Sente seguro em ser atendido pelo fisioterapeuta?	Usuários	Processo
		Satisfação com o atendimento fisioterapêutico?	Usuários	Processo

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(continuação)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
CONDIÇÕES DE TRABALHO E ATENDIMENTO	Condições adequadas para garantir a assistência ao usuário	Quantidade de fisioterapeutas para o atendimento aos pacientes?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Quantidade de fisioterapeutas consegue suprir a demanda de atendimento?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Organização do ambiente de trabalho?	Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Quantidade de atendimentos por turno?	Fisioterapeuta Coordenador	Estrutura
		Carga horária de trabalho?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Disponibilidade e quantidade de equipamentos para o seu atendimento?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Condições e manutenção dos equipamentos?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Disponibilidade de materiais (descartáveis como sondas, capotes, etc.) utilizados para atendimento?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Qualidade desses materiais?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Segurança física deste hospital?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(continuação)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
CONDICÕES DE TRABALHO E ATENDIMENTO	Condições adequadas para garantir a assistência ao usuário	Condições de trabalho, de forma geral, neste hospital?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Satisfação em trabalhar neste hospital?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Processo
		Realização profissional com o trabalho neste hospital?	Fisioterapeutas	Processo
		Relacionamento com a equipe multiprofissional?	Fisioterapeutas	Processo
		Relacionamento com a equipe de fisioterapia?	Fisioterapeutas	Processo
		Relacionamento com seus superiores (coordenadores)?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Processo
		Reconhecimento de seu trabalho por outros profissionais?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Processo
		Reconhecimento de seu trabalho por sua equipe de fisioterapia?	Fisioterapeutas	Processo
		Reconhecimento de seu trabalho por seus superiores?	Fisioterapeutas	Processo
		Remuneração salarial que recebe deste hospital?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Estabilidade de seu emprego neste hospital?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura
		Ações de capacitação e educação continuada?	Fisioterapeutas Coordenadores Gestor da unidade	Estrutura

Quadro 5- Matriz de elaboração dos instrumentos de pesquisa, 2020.

(conclusão)

MATRIZ DE ELABORAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PESQUISA				
DIMENSÕES DE QUALIDADE	DESCRITORES	QUESTÃO NORTEADORA	INSTRUMENTO/ COM QUEM	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO
		Atendimento recebido no hospital, de forma geral?	Usuários	

Fonte: a autora, Mendes (2009), PROADESS (2003; 2012).

4.5 Instrumentos para coleta dos dados

Foram formulados três instrumentos a partir da matriz conceitual: para os usuários; os fisioterapeutas; e para os coordenadores dos fisioterapeutas e os gestores dos hospitais.

O instrumento dos usuários apresentava 42 questões, distribuídas em duas partes. A parte 1 foi composta pela Identificação do Questionário (questões 1 à 5), que objetivava catalogar informações de forma organizada; e pela Caracterização do Usuário (questões 6 à 15), que buscou coletar informações sobre o perfil sócio demográfico do usuário.

A parte 2 encontrava-se dividida por dimensões de acordo com a matriz, e objetivava identificar a satisfação dos usuários com o atendimento fisioterapêutico, através das dimensões de qualidade e avaliação. Referente as dimensões de qualidade: confidencialidade das informações, questão 16; privacidade no atendimento, questão 17; direito à informação, questões 18 e 19; autonomia sobre o atendimento, questão 20; dignidade e cortesia, questões 21, 22 e 23; priorização na atenção ao usuário, questões 24 e 25; conforto, questões 26 à 32; assistência fisioterapêutica, questões 33 à 41. Referente as dimensões de avaliação: condições oferecidas (Estrutura), questões 17, 22, 23, 26 a 32; trabalho dos fisioterapeutas (Processo), questões 16, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 33 a 41. A última questão do instrumento dos usuários, questão 42, objetivava ser um parâmetro geral de avaliação da satisfação com o atendimento de uma forma geral. As questões desta parte tinham como respostas notas, que podiam ser de 0 a 10. Foi também incluída, uma coluna de observação (Obs.), para que o entrevistador pudesse colocar a opção “Não se aplica” (NSA) à questão ou “Não respondeu” (NR) (Apêndice A).

O instrumento para a entrevista dos fisioterapeutas foi elaborado em duas partes: a parte 1 continha a identificação do questionário e a caracterização do profissional, cujo objetivo era identificar o questionário e as características sócio demográficas dos fisioterapeutas, nesta parte encontrava-se as questões de 1 à 18, e a parte 2 era o roteiro de entrevista com 5 questões abertas amplas, mas que contemplavam as dimensões de qualidade: priorização na atenção ao usuário,

conforto, assistência fisioterapêutica e condições de trabalho e atendimento; e as dimensões de avaliação: condições oferecidas (Estrutura), e trabalho dos fisioterapeutas (Processo) (Apêndice B).

O instrumento para a entrevista dos coordenadores e gestores das unidades hospitalares continha duas partes: a parte 1 continha a identificação do questionário e a caracterização do profissional, nesta parte encontrava-se as questões de 1 à 17; e a parte 2 era o roteiro de entrevista com 7 questões abertas amplas, baseadas nas dimensões de qualidade: conforto, assistência fisioterapêutica e condições de trabalho e atendimento; e nas dimensões de avaliação: condições oferecidas (Estrutura), e trabalho dos fisioterapeutas (Processo) (Apêndice C e D).

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Os procedimentos de coleta encontram-se descritos de forma dividida, por usuários, fisioterapeutas, coordenadores e gestores.

4.6.1 Coleta das informações dos usuários

A coleta das informações dos usuários ocorreu durante o seu período de internamento hospitalar, nas enfermarias classificadas como clínica médica e cirúrgica adulto. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora, no período total de agosto de 2018 a agosto de 2019, sendo a coleta realizada em épocas distintas em cada hospital (Quadro 6). Foi utilizado um questionário estruturado, construído a partir da Matriz Conceitual.

Quadro 6- Período de coleta dos usuários internos nos hospitais entre 2018-2019, 2020.

Unidade	Período de Coleta
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	Agosto a dezembro de 2018
Hospital Municipal Santa Isabel	Dezembro de 2018 a abril de 2019
Hospital Universitário Lauro Wanderley	Abril a agosto de 2019

Fonte: a autora.

4.6.2 Coleta das informações dos fisioterapeutas

A coleta das informações dos fisioterapeutas ocorreu em seus locais de trabalho, durante o intervalo de sua jornada laboral. Esta etapa foi realizada pela autora da pesquisa através de um roteiro de entrevista. O conteúdo da entrevista foi registrado em gravação de áudio.

4.6.3 Coleta das informações dos coordenadores e gestores

A coleta das informações dos coordenadores e gestores aconteceu em seus locais de trabalho, após agendamento prévio do encontro. Foi realizada uma entrevista, conduzida a partir de um roteiro com perguntas previamente formuladas com o objetivo de identificar a percepção destes atores quanto aos aspectos organizacionais do serviço, a humanização do atendimento e a qualidade da assistência fisioterapêutica prestada e condições de trabalho e atendimento do fisioterapeuta. O conteúdo da entrevista foi registrado por gravação de áudio.

4.7 Processamento e análise dos dados

De forma geral, o processamento e análise dos dados foram baseados na proposta metodológica apresentada por Minayo, Assis e Souza (2005) em Avaliação por triangulação de métodos, que divide esse processo em duas partes: análise interna do material e análise contextualizada e triangulada dos dados. A primeira etapa foi a avaliação dos dados e resultados de cada instrumento; na segunda etapa foi feita a relação entre as variáveis dos instrumentos dos usuários, fisioterapeutas, coordenadores e gestores; e na terceira e última etapa, foi realizada a contextualização de todo material para a formulação de respostas do que se quis avaliar.

Os dados quantitativos coletados foram inseridos em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 365 e transportados para análise estatística no programa SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, média e desvio padrão para variáveis numéricas. Na estatística inferencial foi utilizado o teste de Kruskal Wallis e Mann-Whitney para comparação entre os grupos com nível de significância de 5%. Para análise da consistência interna foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach. Os resultados foram apresentados em tabelas e quadros.

Quadro 7 – Abordagens utilizadas nas etapas do estudo, 2020.

Abordagem	Componente	Instrumento	Sujeito
Quantitativa	Satisfação com o atendimento	Questionário	Usuário
	Assistência fisioterapêutica	Questionário	Usuário
	Condições do ambiente de atendimento	Questionário	Usuário
Qualitativa	Assistência fisioterapêutica	Entrevista	Fisioterapeuta/Coordenador/ Gestor
	Condições de trabalho e atendimento	Entrevista	Fisioterapeuta/Coordenador/ Gestor
	Satisfação com o trabalho	Entrevista	Fisioterapeuta/Coordenador/ Gestor
	Organização do serviço de fisioterapia	Entrevista	Coordenador/ Gestor
	Políticas de humanização do atendimento	Entrevista	Coordenador/ Gestores
	Políticas, capacitação e/ou educação continuada	Entrevista	Fisioterapeuta/Coordenador/ Gestor

Fonte: a autora.

4.7.1 Processamento e análise dos dados dos usuários

Foram feitas as médias das questões dos instrumentos e a análise das frequências das notas por usuário, segundo as dimensões apresentadas.

Para avaliação de cada questão, foi feita a média por entrevistado, obtida pela soma da questão dividida pelo número de usuários, conforme o caso:

$$\text{Avaliação da questão} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n} = \bar{X}$$

A avaliação das dimensões por usuário foi feita pela soma das notas dadas nas questões contidas na dimensão, dividindo pelo número de questões da dimensão, obtendo uma média, que foi transformada em conceito.

$$\text{Avaliação da Dimensão por usuário} = \frac{Q_1 + Q_2 + \dots + Q_n}{k} = \bar{Q}$$

Os conceitos adotados quanto as notas e médias foram: Péssimo (0 a 2); Ruim (3 a 4); Regular (5 a 7); Bom (8 a 9); Ótimo (10) e para Satisfação com a assistência adotou-se: Insatisfeito (0 a 7); Satisfeito (8 a 10).

4.7.2 Processamento e análise dos dados dos fisioterapeutas, coordenadores e gestores

A caracterização dos fisioterapeutas, coordenadores e gestores foram organizadas em frequências absolutas e relativas. As falas das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo qualitativo, segundo o modelo proposto por Bardin (1997), cuja análise de conteúdo constitui:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Constituíram etapas da análise de conteúdo das entrevistas: a fase da pré análise, a análise do material e a interpretação. Na fase de pré análise foram transcritas as entrevistas e feita a leitura flutuante, com o objetivo de familiarizar-se com o material. Na fase de análise do material, os dados brutos foram trabalhados e decodificados, ou seja, foram feitos recorte, agregação e categorização dos conteúdos de forma a facilitar a análise (BARDIN, 1997).

Para a categorização do material, tomou-se como base os objetivos desta pesquisa e as perguntas formuladas. A fase final da análise de conteúdo foi precisamente, o momento da interpretação de cada uma das classes temáticas e categorias formuladas (BARDIN, 1997).

4.8 Aspectos éticos

Foram seguidos os parâmetros ditados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantida a confidencialidade dos sujeitos, em todas as etapas da pesquisa, conforme preconizado, e segundo parâmetros adotados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz-PE, no qual a pesquisa foi submetida e aprovada sob CAAE 86325618.4.0000.5190, parecer 2.647.659 para versão 1; 2.768.484 para versão 2; 3.061.916 para versão 3 (Anexo A). Foi pedida a anuência para realização da pesquisa em cada uma das unidades hospitalares participantes.

Os sujeitos participantes do estudo foram informados sobre a pesquisa, seus principais objetivos, importância e riscos de sua participação. As entrevistas só foram realizadas de acordo com a aceitação do entrevistado, expressa pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndices E, F, G, H).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, são apresentados e discutidos os resultados obtidos no sentido de responder ao problema de pesquisa formulado. Para tanto, dividiu-se esta apresentação em quatro seções principais, sendo cada uma relacionada à um dos objetivos propostos na pesquisa: avaliação da satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos; condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos aos fisioterapeutas; percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada; e por fim, uma avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

5.1 Avaliação da satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos durante internação hospitalar nas enfermarias

Esta seção divide-se em duas partes; a primeira, que aborda os resultados quantitativos da caracterização sócio-demográfica dos usuários e satisfação com o atendimento fisioterapêutico; e a segunda, onde estes dados são discutidos a luz da literatura.

5.1.1 Resultados da caracterização e satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos durante a internação hospitalar nas enfermarias

A amostra foi composta por 240 usuários de ambos os sexos internados em unidades hospitalares públicas no município de João Pessoa no período total de agosto de 2018 a agosto de 2019, sendo a coleta realizada no HEETSHL no período de agosto a dezembro de 2018; no HMSI entre janeiro e abril de 2019; e no HULW de abril a agosto de 2019. Em cada hospital foram entrevistados a mesma quantidade de usuários, 80 (33,3%) por serviço.

A maioria dos usuários das unidades hospitalares estava na faixa etária de 60 anos ou mais (41,7%), com idade média de $52,02 \pm 20,66$ anos.; eram do sexo masculino (55%); se autodeclararam quanto a raça/cor principalmente pardo/moreno (45,4%); tinha estado civil casado (32,9%); eram residentes do município de João Pessoa (54,2%); quanto a escolaridade tinham o ensino fundamental (47,5%); no que tange a profissão/ocupação a maioria era aposentada (42,5%) e tinham a renda familiar de 1 salário mínimo (75,0%).

A faixa etária dos entrevistados foi caracterizada tendo como base Mendes (2009), que subdividiu em jovens (até 19 anos); adultos jovens (20 a 39 anos); adultos mais velhos (40 a 59 anos); e idosos (60 anos ou mais).

Observou-se entre os entrevistados que houve uma predominância de idosos no HULW (55%) e no HMSI (56,3%) (Tabela 1), o que não ocorreu no HEETSHL, sendo a maioria de adultos jovens (50%).

Tabela 1- Distribuição dos usuários entrevistados segundo características sócio econômicas, 2020.

Características	Hospitais						Total	
	HULW		HEETSHL		HMSI		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Faixa Etária								
Até 19 anos	2	2,4	7	8,8	2	2,5	11	4,5
20 a 39 anos	15	18,8	40	50,0	15	18,8	70	29,3
40 a 59 anos	19	23,8	22	27,5	18	22,5	59	24,5
60 anos ou mais	44	55,0	11	13,7	45	56,3	100	41,7
Sexo								
Feminino	36	45,0	28	35,0	44	55,0	108	45,0
Masculino	44	55,0	52	65,0	36	45,0	132	55,0
Raça/Cor								
Branca	34	42,5	37	46,3	28	35,0	99	41,3
Negra	14	17,5	10	12,5	8	10,0	32	13,3
Parda/ Morena	32	40,0	33	41,2	44	55,0	109	45,4
Estado Civil								
Solteiro	24	30,0	28	35,0	23	28,7	75	31,3
Casado	35	43,8	16	20,0	28	35,0	79	32,9
União consensual	9	11,2	26	32,4	7	8,8	42	17,5
Separado/divorciado	4	5,0	5	6,3	7	8,8	16	6,6
Viuvo	8	10,0	5	6,3	15	18,7	28	11,7
Município que reside								
João Pessoa	37	46,2	34	42,5	59	73,7	130	54,2
Outros municípios	43	53,8	46	57,5	21	26,3	110	45,8
Escolaridade								
Sem escolaridade	24	30,0	6	7,4	20	25,0	50	20,8
Ensino fundamental	34	42,5	40	50,0	40	50,0	114	47,5
Ensino médio	16	20,0	25	31,3	14	17,5	55	22,9
Ensino superior	6	7,5	9	11,3	6	7,5	21	8,8
Profissão/Ocupação								
Autônomo	6	7,5	17	21,2	5	6,3	28	11,7
Servidor público	3	3,7	1	1,3	2	2,5	6	2,5
Aposentado	43	53,8	9	11,3	50	62,5	102	42,5
Estudante	4	5,0	8	10,0	2	2,5	14	5,8
Dona de casa	6	7,5	6	7,5	11	13,7	23	9,6
Desempregado	2	2,5	9	11,3	2	2,5	13	5,4
Outros	16	20,0	30	37,4	8	10,0	54	22,5
Renda								
(salário mínimo)	15	18,2	23	28,7	21	26,3	59	24,6
Menos que 1	65	81,3	56	70,0	59	73,8	180	75,0
1 salário	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	0,4
Mais que 1								
Total	80	100	80	100	80	100	240	100

Fonte: a autora.

Na Tabela 1, evidenciou-se que a maioria dos usuários eram do sexo masculino no HULW (55%) e no HEETSHL (65%); no HMSI (55%) eram do sexo feminino.

Os entrevistados se identificaram principalmente quanto à raça/cor (Tabela 1), como pardo/moreno (45,4%), seguidos por raça/cor branco (41,3%). Nos serviços HULW (42,5%) e HEETSHL (46,3%) a maioria se autodeclarou branco e no HMSI (55%) pardo/moreno.

Em relação ao estado civil (Tabela 1), a maioria no HULW (43,8%) e no HMSI (35%) se encontrava casada; no entanto no HEETSHL (35%) a maioria foi de solteiros.

Observa-se na Tabela 1, que no HULW (53,8%) e no HEETSHL (57,5%) a maioria dos usuários não são residentes do município de João Pessoa; sendo diferente no HMSI (73,7%) onde a expressiva maioria é morador do referido município.

Em relação ao nível de escolaridade entre os usuários (Tabela 1), percebe-se que em todos os hospitais houve predominância do ensino fundamental e uma baixa percentagem de ensino superior (8,8%).

Ao que se refere a profissão/ocupação, encontra-se no HULW (53,8%) e no HMSI (62,5%) a maioria de aposentados; e no HEETSHL (37,4%) com outros tipos de ocupação (Tabela 1).

Em relação a renda dos usuários (Tabela 1), percebe-se que a maioria no HULW (81,3%), no HEETSHL (70%) e no HMSI (73,8%) recebem 1 salário mínimo; apenas um usuário no HEETSHL (0,4%) afirmou que recebia mais que 1 salário.

Durante o período de internação todos os usuários (100%) realizaram mais de 6 atendimentos fisioterapêuticos.

O tempo de internação variou entre 9 a 95 dias com média $17,38 \pm 11,91$ dias. Percebe-se que a maioria dos usuários no HULW (36,3%) e no HMSI (57,4%) ficaram internados até 10 dias (Tabela 2), e no HEETSHL (52,5%) tiveram um tempo maior de permanência no hospital ficando de 11 a 20 dias internado. Apenas 8,7% dos pacientes apresentaram um tempo de internamento acima de 30 dias.

Tabela 2- Distribuição dos usuários entrevistados segundo tempo de internamento, 2020.

Tempo de internamento	Hospitais						Total	
	HULW		HEETSHL		HMSI		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Até 10 dias	29	36,3	19	23,7	46	57,4	94	39,2
11 a 20 dias	24	30,0	42	52,5	24	30,0	90	37,5
21 a 30 dias	14	17,4	14	17,5	7	8,8	35	14,6
Acima de 30 dias	13	16,3	5	6,3	3	3,8	21	8,7
Total	80	100	80	100	80	100	240	100

Fonte: a autora.

Em relação ao motivo do internamento encontrou-se no geral (Tabela 3), principalmente afecções que acometeram o sistema osteomuscular (32,1%) e respiratório (25,4%). Observando os serviços separadamente, percebe-se que em todos eles o sistema principalmente afetado por patologias é diferente em cada um, sendo no HULW (32,4%) na maioria afecções no sistema digestório; no HEETSHL (88,7%) o sistema osteomuscular, e no HMSI (37,5%) o sistema respiratório.

Tabela 3- Grupo de patologias que motivaram a internação dos entrevistados segundo o sistema corporal, 2020.

Patologias nos sistemas	Hospitais						Total	
	HULW		HEETSHL		HMSI		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Ósteomuscular	1	1,3	71	88,7	5	6,3	77	32,1
Respiratório	25	31,3	6	7,5	30	37,5	61	25,4
Neurológico	15	18,7	0	0,0	4	5,0	19	7,9
Digestório	26	32,4	2	2,5	16	20,0	44	18,3
Urinário	4	5,0	0	0,0	15	18,7	19	7,9
Cardiovascular	8	10,0	1	1,3	6	7,5	15	6,3
Tegumentar	1	1,3	0	0,0	4	5,0	5	2,1
Total	80	100	80	100	80	100	240	100

Fonte: a autora.

A análise da consistência interna do instrumento aplicado aos usuários, referente a avaliação da satisfação com a qualidade da assistência fisioterapêutica hospitalar, resultou em um Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,858; demonstrando confiabilidade na utilização do instrumento para esta amostra. O coeficiente alfa de Cronbach estima a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa, ele mede a correlação entre respostas em um questionário por meio da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente alfa de Cronbach é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (HORA, MONTEIRO, ARICA, 2010). Foram também realizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar os dados dos três hospitais. A avaliação da satisfação dos usuários foi realizada através da análise das dimensões da avaliação e das dimensões de qualidade.

A verificação das dimensões da avaliação – estrutura (condições oferecidas aos usuários) e processo (trabalho dos fisioterapeutas) – foi realizada em acordo com as questões de cada dimensão como consta na matriz de elaboração do instrumento (Quadro 5).

A avaliação dos usuários mostrou que a satisfação geral com o trabalho dos fisioterapeutas (97%) é maior que a satisfação geral com as condições oferecidas (80%), embora

a satisfação geral em ambas seja elevada; o maior percentual de insatisfação geral (20,0%) foi referente as condições oferecidas (Tabela 4). A avaliação da satisfação com as condições oferecidas por hospital, identificou maior percentual de satisfação no HULW (85%), e o maior percentual de insatisfação no HEETSHL (25%). Quanto avaliação da satisfação com o trabalho dos fisioterapeutas por hospital, o HEETSHL apresentou o maior percentual de satisfação (98,8%); sendo o de insatisfação com este tópico muito baixo (3,8%). Estes resultados apontaram significância estatística.

Tabela 4 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais, 2020.

Dimensões de Avaliação	Hospitais	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média	Hipótese	p valor
		N	%	N	%				
Condições oferecidas	HULW ^a	12	15,0	68	85,0	80	8,24	a x b **	0,001
	HEETSHL ^b	20	25,0	60	75,0	80	8,80	a x c **	0,000
	HMSI ^c	16	20,0	64	80,0	80	8,86	b x c **	0,681
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	-	a x b x c *	0,000
Trabalho dos profissionais	HULW ^a	3	3,8	77	96,3	80	9,46	a x b **	0,084
	HEETSHL ^b	1	1,3	79	98,8	80	9,58	a x c **	0,355
	HMSI ^c	3	3,8	77	96,3	80	9,24	b x c **	0,012
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	-	a x b x c *	0,034

Fonte: a autora.

Nota:* Teste de Kruskal-Wallis, ** Teste de Mann-Whitney.

Ao analisar a associação entre as condições oferecidas nas enfermarias e o trabalho dos fisioterapeutas com a faixa etária dos usuários (Tabela 5), identificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa. A faixa etária que apresentou maior percentual de satisfação com as condições oferecidas foi a de 40 a 59 anos (91,5%), e a com maior insatisfação foi a faixa etária até 19 anos (36,4%). Quanto a satisfação com o trabalho dos fisioterapeutas, a faixa etária de 20 a 39 anos evidenciou o maior percentual de satisfação (100%), e a faixa etária de até 19 anos o maior de insatisfação (9,1%).

Tabela 5 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a faixa etária dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Faixa etária (anos)	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média	Hipótese	p valor
		N	%	N	%				
Condições oferecidas	Até 19 ^a	4	36,4	7	63,6	11	8,94	axb**	0,567
	20 a 39 ^b	17	24,3	53	75,7	70	8,67	axc**	0,561
	40 a 59 ^c	5	8,5	54	91,5	59	8,66	axd**	0,309
	60 ou mais ^d	22	22,0	78	78,8	100	8,56	bxc**	0,913
								bxd**	0,403
							cxd**	0,522	
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63	*	0,690
Trabalho dos profissionais	Até 19 ^a	1	9,1	10	90,1	11	9,66	axb**	0,422
	20 a 39 ^b	0	0,0	70	100,0	70	9,46	axc**	0,331
	40 a 59 ^c	1	1,7	58	98,3	59	9,50	axd**	0,152
	60 ou mais ^d	5	5,0	95	95,0	100	9,34	bxc**	0,917
								bxd**	0,251
							cxd**	0,329	
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43	*	0,388

Fonte: a autora.

Nota: * Teste de Kruskal-Wallis, **Teste de Mann-Whitney.

A satisfação com as condições oferecidas e o trabalho dos fisioterapeutas em relação ao município de residência dos usuários (Tabela 6), mostrou que os usuários que residiam em João Pessoa foram os mais satisfeitos com as condições oferecidas nas enfermarias (80,8%); e os usuários que moravam em outros municípios foram mais satisfeitos com o trabalho dos fisioterapeutas (97,3%). O maior percentual de insatisfação com as condições oferecidas foi apresentado pelos usuários de outros municípios (20,9%), e com o trabalho dos fisioterapeutas, a maior insatisfação foi dos usuários residentes em João Pessoa (3,1%).

Tabela 6 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo o município de residência dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Município	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
		N	%	N	%		
Condições oferecidas	João Pessoa	25	19,2	105	80,8	130	8,74
	Outros municípios	23	20,9	87	79,1	110	8,51
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63
Trabalho dos profissionais	João Pessoa	4	3,1	126	96,9	130	9,40
	Outros municípios	3	2,7	107	97,3	110	9,46
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43

Fonte: a autora.

Ao correlacionar as condições oferecidas nas enfermarias e o trabalho dos fisioterapeutas com a escolaridade dos usuários (Tabela 7), os com ensino superior apresentaram maior percentual de satisfação (95,2%), e os com ensino fundamental maior

percentual de insatisfação (26,3%) com as condições oferecidas. No que tange a satisfação como trabalho dos fisioterapeutas, a melhor avaliação ocorreu entre os usuários com ensino médio e superior (100,0%), sendo o maior percentual de insatisfação encontrado entre os sem escolaridade (10,0%).

Tabela 7- Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a escolaridade dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Escolaridade	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
		N	%	N	%		
Condições oferecidas	Sem escolaridade	9	18,0	41	82,0	50	8,53
	Ensino fundamental	30	26,3	84	73,7	114	8,59
	Ensino médio	8	14,5	47	85,5	55	8,79
	Ensino superior	1	4,8	20	95,2	21	8,69
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63
Trabalho dos profissionais	Sem escolaridade	5	10,0	45	90,0	50	9,43
	Ensino fundamental	2	1,8	112	98,2	114	9,37
	Ensino médio	0	0,0	55	100,0	55	9,50
	Ensino superior	0	0,0	21	100,0	21	9,56
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43

Fonte: a autora.

Quanto a associação entre as condições oferecidas e o trabalho do fisioterapeuta com a profissão/ocupação dos usuários (Tabela 8), mostrou-se que os mais insatisfeitos com as condições das enfermarias foram os servidores públicos (33,3%) e os mais satisfeitos foram as donas de casa (91,3%); em relação ao trabalho dos fisioterapeutas, os desempregados foram os com maior insatisfação (7,7%), e os autônomos, servidores públicos, donas de casa e outros, apontaram total satisfação (100,0%).

Tabela 8 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a profissão/ocupação dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Profissão/ocupação	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
		N	%	N	%		
Condições oferecidas	Autônomo	4	14,3	24	85,7	28	9,50
	Servidor público	2	33,3	4	66,7	6	8,83
	Aposentado	21	20,6	81	79,4	102	9,40
	Estudante	4	28,6	10	71,4	14	9,55
	Dona de casa	2	8,7	21	91,3	23	9,48
	Desempregado	4	30,8	9	69,2	13	9,63
	Outros	11	20,4	43	79,6	54	9,41
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63
Trabalho dos profissionais	Autônomo	0	0,0	28	100,0	28	8,63
	Servidor público	0	0,0	6	100,0	6	8,17
	Aposentado	5	4,9	97	95,1	102	8,60
	Estudante	1	7,1	13	92,9	14	8,51
	Dona de casa	0	0,0	23	100,0	23	8,79
	Desempregado	1	7,7	12	92,3	13	8,83
	Outros	0	0,0	54	100,0	54	8,67
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43

Fonte: a autora.

Ao correlacionar as condições oferecidas e o trabalho dos fisioterapeutas com o sexo dos usuários (Tabela 9), observou-se que o sexo masculino foi o mais satisfeito com as condições oferecidas nas enfermarias (81,1%); e o sexo feminino o mais satisfeito com o trabalho dos fisioterapeutas (97,2%).

Tabela 9 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo o sexo dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Sexo	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
		N	%	N	%		
Condições oferecidas	Masculino	25	18,9	107	81,1	132	8,61
	Feminino	23	21,3	85	78,7	108	8,66
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63
Trabalho dos profissionais	Masculino	4	3,0	128	97,0	132	9,42
	Feminino	3	2,8	105	97,2	108	9,44
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43

Fonte: a autora.

Os resultados da avaliação das condições oferecidas e do trabalho do fisioterapeuta em relação a renda dos usuários (Tabela 10), identificou quanto as condições oferecidas maior satisfação entre os de renda maior de três salários mínimos (100%), e insatisfação entre os com renda de um a três salários (20,6%). Quanto o trabalho dos profissionais, o maior percentual de satisfação foi encontrado entre os usuários com renda maior de três salários mínimos (100%), e a maior insatisfação entre os com renda menor de um salário mínimo (5,1%).

Tabela 10 - Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo a renda dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Renda (salário mínimo)	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
		N	%	N	%		
Condições oferecidas	Menos que 1	11	18,6	48	81,4	59	8,69
	1 salário	37	20,6	143	79,4	180	8,61
	Mais que 1	0	0,0	1	100,0	1	8,60
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63
Trabalho dos profissionais	Menos que 1	3	5,1	56	94,9	59	9,55
	1 salário	4	2,2	176	97,8	180	9,39
	Mais que 1	0	0,0	1	100,0	1	9,69
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43

Fonte: a autora.

A avaliação das condições oferecidas e do trabalho dos fisioterapeutas segundo o tempo de internamento (Tabela 11), demonstrou que os usuários com tempo de internação de 21 a 30 dias foram os mais satisfeitos com as condições oferecidas (82,9%), e os com tempo de internação entre 11 a 20 os mais insatisfeitos (22,2%). A cerca do trabalho dos fisioterapeutas,

os usuários com mais de 30 dias de internamento evidenciaram alta satisfação (100%); e os com internamento entre 21 a 30 dias a maior insatisfação (5,7%).

Tabela 11- Avaliação da satisfação dos usuários com as condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias dos Hospitais segundo o tempo de internamento dos usuários, 2020.

Dimensões de Avaliação	Tempo de internamento (Dias)	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média	Hipótese	p valor
		N	%	N	%				
Condições oferecidas	Até 10 ^a	18	19,1	76	80,9	94	8,76	axb**	0,367
	11 a 20 ^b	20	22,2	70	77,8	90	8,63	axc**	0,437
	21 a 30 ^c	6	17,1	29	82,9	35	8,63	axd**	0,076
	Mais de 30 ^d	4	19,0	17	81,0	21	8,12	bxc**	0,925
								bxd**	0,204
							cx d**	0,297	
	Geral	48	20,0	192	80,0	240	8,63	a x b x c x d*	0,325
Trabalho dos profissionais	Até 10 ^a	3	3,2	91	96,8	94	9,42	axb**	0,790
	11 a 20 ^b	2	2,2	88	97,8	90	9,44	axc**	0,532
	21 a 30 ^c	2	5,7	33	94,3	35	9,53	axd**	0,227
	Mais de 30 ^d	0	0,0	21	100,0	21	9,26	bxc**	0,722
								bxd**	0,185
							cx d**	0,117	
	Geral	7	3,0	233	97,0	240	9,43	a x b x c x d*	0,489

Fonte: a autora.

Nota: * Teste de Kruskal-Wallis, ** Teste de Mann-Whitney.

A partir da tabela 12, visualiza-se o resultado das questões do instrumento dos usuários agrupadas de acordo com as dimensões de avaliação, identificando assim, que a questão permissão para a presença de um acompanhante apresentou o maior percentual de satisfação na dimensão condições oferecidas (97,5%); enquanto a questão temperatura das enfermarias mostrou-se a com maior insatisfação apontada pelos usuários (30,3%). Na dimensão de avaliação trabalho dos fisioterapeutas, as questões atendimento do fisioterapeuta de forma gentil e respeitosa; e contribuição do tratamento fisioterapêutico para melhora do seu estado de saúde, apresentaram maior percentual de satisfação (100%); por outro lado, a questão quantidade de atendimento diário suprir a necessidade, evidenciou a maior insatisfação (19,2%). A questão quantidade de atendimentos fisioterapêuticos também mostrou ser uma das questões com maior percentual de insatisfação (15,4%).

As notas médias variaram de 7,6 à 9,8 na dimensão condições oferecidas; e de 8,5 à 9,8 na dimensão trabalho dos fisioterapeutas.

Tabela 12- Avaliação da satisfação a partir das questões contidas no questionário dos usuários das enfermarias dos hospitais, de acordo com a dimensão de avaliação, 2020.

Dimensões de Avaliação	Questões	Satisfação				Nota média
		Insatisfeito		Satisfeito		
		N	%	N	%	
Condições oferecidas	Privacidade durante seu atendimento fisioterapêutico	15	6,3	225	93,8	9,1
	Possibilidade de fazer reclamações e ou emitir opiniões no hospital e ser ouvido	13	5,4	227	94,6	9,4
	Permissão para presença de um acompanhante	6	2,5	234	97,5	9,8
	Limpeza da enfermaria	61	25,4	179	74,6	8,1
	Limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos	60	25,0	180	75,0	8,2
	Temperatura da enfermaria ser agradável	73	30,4	167	69,6	7,6
	Conforto da enfermaria	51	21,3	189	78,8	8,3
	Barulho na enfermaria	51	21,3	189	78,8	8,2
	Quantidade e qualidade das roupas (paciente e leito)	62	25,8	178	74,2	8,2
	Quantidade e qualidade das refeições oferecidas no hospital	30	12,5	210	87,5	9,0
Trabalho dos fisioterapeutas	Confiança no fisioterapeuta para contar seu problema de saúde	11	4,8	234	97,5	9,4
	Informações dadas sobre seu atendimento fisioterapêutico	20	8,3	220	91,7	9,2
	Possibilidade de fazer perguntas e receber orientações do fisioterapeuta	9	3,8	231	96,3	9,4
	Respeito a opção realizar ou não atendimento fisioterapêutico	8	3,3	232	96,7	9,7
	Atendimento do fisioterapeuta de forma gentil e respeitosa	-	-	240	100,0	9,8
	Prontificar-se e disponibilidade em atender a solicitação	6	2,5	234	97,5	9,6
	Quantidade de atendimentos fisioterapêuticos	37	15,4	203	84,6	8,8
	Escuta da queixa de maneira atenciosa pelo fisioterapeuta	6	2,5	234	97,5	9,7
	Exame físico ser feito de forma cuidadosa e detalhada pelo fisioterapeuta	16	6,7	224	93,3	9,3
	Horário de realização de seu atendimento fisioterapêutico	10	4,2	230	95,8	9,3
	Qualidade do trabalho do fisioterapeuta	6	2,5	234	97,5	9,6
	Contribuição do tratamento fisioterapêutico para melhora do seu estado de saúde	-	-	240	100,0	9,7
	Quantidade de atendimento fisioterapêutico diário suprir sua necessidade	46	19,2	194	80,8	8,5
	Duração da sessão do seu atendimento fisioterapêutico	21	8,8	219	91,3	8,9
	Sentir segurança no atendimento do fisioterapeuta	7	2,9	233	97,1	9,6
Satisfação com o atendimento fisioterapêutico recebido	6	2,5	234	97,5	9,5	

Fonte: a autora.

Para a análise das dimensões de qualidade, composta pelas dimensões: Confidencialidade, Privacidade, Direito à informação, Autonomia, Dignidade/cortesia, Priorização, Conforto, Assistência fisioterapêutica, conforme estruturado no quadro 5; selecionou-se as questões referentes a cada uma destas dimensões, para serem avaliadas a partir dos instrumentos de satisfação, aplicados aos usuários internados nas enfermarias dos hospitais pesquisados.

A satisfação dos usuários em relação as dimensões de qualidade de forma geral, foi boa (Tabela 13), exceto para a dimensão conforto, que evidenciou o maior percentual de insatisfação entre os usuários (30,8%). A dimensão dignidade/cortesia obteve o maior percentual de satisfação entre os internos (98,3%), seguida pela dimensão autonomia (96,7%). A média das notas mostraram-se altas, sendo a menor 8,2 na dimensão conforto, o que demonstra compatibilidade com o resultado de maior insatisfação nesta; do mesmo modo, a maior média das notas foi apresentada nas dimensões dignidade/cortesia e autonomia (9,7).

Tabela 13 - Avaliação da satisfação dos usuários das enfermarias dos Hospitais, segundo as dimensões de qualidade, 2020.

Dimensões de Qualidade	Insatisfeito		Satisfeito		Total	Nota média
	N	%	N	%		
Confidencialidade	11	4,6	229	95,4	240	9,4
Privacidade	16	6,7	224	93,3	240	9,1
Direito à informação	15	6,3	225	93,8	240	9,3
Autonomia	8	3,3	232	96,7	240	9,7
Dignidade/cortesia	4	1,7	236	98,3	240	9,7
Priorização	19	7,9	221	92,1	240	9,2
Conforto	74	30,8	166	69,2	240	8,2
Assistência fisioterapêutica	10	4,2	230	95,8	240	9,3

Fonte: a autora.

Observando a Tabela 14 e analisando de maneira geral, evidenciou-se que a dimensão conforto pontuou com o maior percentual de insatisfação dentre os hospitais pesquisados, sendo o HEETSHL com a maior taxa de insatisfação (36,3%), seguido pelo HMSI (33,8%) e por último o HULW (22,5%). A dimensão dignidade/cortesia foi a que obteve melhor avaliação, em ambos os hospitais apresentando maior percentual no HULW e HMSI (98,8%), seguido pelo HEETSHL (97,5%), quanto a satisfação dos usuários.

Avaliando especificamente cada dimensão por hospital, observou-se que o HULW obteve os maiores percentuais de satisfação nas dimensões: privacidade (93,8%), autonomia (98,8%), dignidade/cortesia (98,8%), priorização (95%), conforto (77,5%) e assistência fisioterapêutica (96,3%); o HEETSHL apresentou os maiores percentuais de satisfação nas dimensões: confidencialidade (97,5%), privacidade (93,8%) e assistência fisioterapêutica (96,3%), sendo estas duas últimas dimensões empatadas com o HULW; o HMSI cursou com os maiores percentuais de satisfação nas dimensões: direito a informação (95%) e dignidade/cortesia (98,8%), estando esta última dimensão empatada com o HULW.

Os maiores percentuais de insatisfação foram identificados, no HULW apenas na dimensão confidencialidade (6,3%); no HEETSHL nas dimensões: direito a informação (7,5%), autonomia (5,0%), dignidade/cortesia (2,5%) e conforto (36,3%); no HMSI os maiores percentuais de insatisfação foram encontrados nas dimensões: privacidade (7,5%), priorização (11,3%) e assistência fisioterapêutica (5,0%). É importante ressaltar que os percentuais de insatisfação encontrados, estavam principalmente abaixo de 12%, exceto na dimensão conforto (36,3%).

Tabela 14 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões de qualidade, de acordo com a unidade hospitalar, 2020.

Dimensões de Qualidade	Satisfação do Usuário Unidade Hospitalar												Hipótese	p valor*
	HULW ^a				HEETSHL ^b				HMSI ^c					
	I		S		I		S		I		S			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Confidencialidade	5	6,3	75	93,8	2	2,5	78	97,5	4	5,0	76	95,0	axbxc* axb** axc** bxc**	0,012 0,011 0,952 0,013
Privacidade	5	6,3	75	93,8	5	6,3	75	93,8	6	7,5	74	92,5	axbxc* axb** axc** bxc**	0,015 0,050 0,035 0,362
Direito à informação	5	6,3	75	93,8	6	7,5	74	92,5	4	5,0	76	95,0	axbxc*	0,081
Autonomia	1	1,3	79	98,8	4	5,0	76	95,0	3	3,8	77	96,3	axbxc* axb** axc** bxc**	<0,001 <0,001 0,280 <0,001
Dignidade/cortesia	1	1,3	79	98,8	2	2,5	78	97,5	1	1,3	79	98,8	axbxc* axb** axc** bxc**	<0,001 <0,001 <0,001 <0,001
Priorização	4	5,0	76	95,0	6	7,5	74	92,5	9	11,3	71	88,8	axbxc* axb** axc** bxc**	<0,001 <0,001 0,001 0,257
Conforto	18	22,5	62	77,5	29	36,3	51	63,8	27	33,8	53	66,3	axbxc* axb** axc** bxc**	<0,001 0,345 <0,001 <0,001
Assistência fisioterapêutica	3	3,8	77	96,3	3	3,8	77	96,3	4	5,0	76	95,0	axbxc* axb** axc** bxc**	<0,001 <0,001 0,012 0,008

Fonte: a autora.

Nota: I - insatisfeito; S – satisfeito; * Teste de Kruskal-Wallis; ** Mann-Whitney.

Avaliando os dados da Tabela 15, e examinando os resultados em cada dimensão de qualidade em conjunto com suas questões respectivas, observou-se que as questões com as maiores notas medias foram: atendimento do fisioterapeuta de forma gentil e respeitosa (9,8) e permissão para presença de um acompanhante (9,8), ambas questões da dimensão dignidade/cortesia. A nota média mais baixa foi encontrada na questão: temperatura da enfermaria ser agradável (7,6), da dimensão conforto.

No que tange a satisfação, as dimensões confidencialidade das informações (97,5%), privacidade no atendimento (93,8%) e autonomia (96,7%) obtiveram percentuais de satisfação elevados.

Na dimensão direito a informação, a questão melhor avaliada foi a possibilidade de fazer perguntas e receber orientações do fisioterapeuta com 96,3% de satisfação e nota média 9,4.

Em relação a dimensão dignidade e cortesia, a questão sobre o atendimento do fisioterapeuta ser de forma gentil e respeitosa obteve 100% de satisfação dos usuários e nota média de 9,8; e a questão possibilidade de fazer reclamações e ou emitir opiniões no hospital e ser ouvido o maior percentual de insatisfação (5,4%).

Quanto a dimensão priorização na atenção ao usuário, a questão melhor avaliada foi prontificar-se e disponibilidade em atender à solicitação do paciente com 97,5% de satisfação e nota média 9,6; e a com maior percentual de insatisfação, foi a questão quantidade de atendimentos fisioterapêuticos (15,4%).

A dimensão conforto foi a que obteve os menores percentuais de satisfação ao se comparar com as outras dimensões. A questão quantidade e qualidade das refeições oferecidas no hospital, foi a que apresentou o maior percentual de satisfação nesta dimensão (87,5%) e nota média 9,0; enquanto a questão temperatura da enfermaria ser agradável, revelou-se a com maior percentual de insatisfação (30,4%) e nota média 7,6; tanto nesta dimensão como também no geral. Outra questão, desta dimensão, que apresentou um importante percentual de insatisfação foi referente a qualidade e quantidade das roupas com 25,8% e nota média 8,2. O item sobre limpeza da enfermaria, também evidenciou um importante percentual de insatisfação com 25,4% e nota média de 8,1.

A dimensão assistência fisioterapêutica, apresentou maior percentual de satisfação na questão contribuição do tratamento fisioterapêutico para melhora do seu estado de saúde alcançando a satisfação de 100% dos usuários. As questões: escuta da queixa de maneira atenciosa; qualidade do trabalho do fisioterapeuta; e satisfação com o atendimento do fisioterapêutico recebido, também evidenciaram elevado percentual de satisfação com 97,5%.

A questão com maior insatisfação nesta dimensão, foi a que se referia a quantidade de atendimento fisioterapêutico diário suprir a necessidade com 19,2% e uma nota média de 8,5.

Tabela 15 - Avaliação da satisfação a partir das questões contidas no questionário dos usuários das enfermarias dos hospitais, de acordo com a dimensão de qualidade, 2020.

Dimensões de Qualidade	Questões	Satisfação				
		Insatisfeito		Satisfeito		Nota média
		N	%	N	%	
Confidencialidade das informações	Confiança no fisioterapeuta para contar seu problema de saúde	11	4,8	234	97,5	9,4
Privacidade no atendimento	Privacidade durante seu atendimento fisioterapêutico	15	6,3	225	93,8	9,1
Direito a informação	Informações dadas sobre seu atendimento fisioterapêutico	20	8,3	220	91,7	9,2
Direito a informação	Possibilidade de fazer perguntas e receber orientações do fisioterapeuta	9	3,8	231	96,3	9,4
Autonomia	Respeito a opção realizar ou não atendimento fisioterapêutico	8	3,3	232	96,7	9,7
Dignidade e cortesia	Atendimento do fisioterapeuta de forma gentil e respeitosa	-	-	240	100,0	9,8
Dignidade e cortesia	Possibilidade de fazer reclamações e ou emitir opiniões no hospital e ser ouvido	13	5,4	227	94,6	9,4
Dignidade e cortesia	Permissão para presença de um acompanhante	6	2,5	234	97,5	9,8
Priorização na atenção ao usuário	Prontificar se e disponibilidade em atender a solicitação	6	2,5	234	97,5	9,6
Priorização na atenção ao usuário	Quantidade de atendimentos fisioterapêuticos	37	15,4	203	84,6	8,8
Conforto	Limpeza da enfermaria	61	25,4	179	74,6	8,1
Conforto	Limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos	60	25,0	180	75,0	8,2
Conforto	Temperatura da enfermaria ser agradável	73	30,4	167	69,6	7,6
Conforto	Conforto da enfermaria	51	21,3	189	78,8	8,3
Conforto	Barulho na enfermaria	51	21,3	189	78,8	8,2
Conforto	Quantidade e qualidade das roupas (paciente e leito)	62	25,8	178	74,2	8,2
Conforto	Quantidade e qualidade das refeições oferecidas no hospital	30	12,5	210	87,5	9,0
Assistência fisioterapêutica	Escuta da queixa de maneira atenciosa pelo fisioterapeuta	6	2,5	234	97,5	9,7
Assistência fisioterapêutica	Exame físico ser feito de forma cuidadosa e detalhada pelo fisioterapeuta	16	6,7	224	93,3	9,3
Assistência fisioterapêutica	Horário de realização de seu atendimento fisioterapêutico	10	4,2	230	95,8	9,3
Assistência fisioterapêutica	Qualidade do trabalho do fisioterapeuta	6	2,5	234	97,5	9,6
Assistência fisioterapêutica	Contribuição do tratamento fisioterapêutico para melhora do seu estado de saúde	-	-	240	100,0	9,7
Assistência fisioterapêutica	Quantidade de atendimento fisioterapêutico diário suprir sua necessidade	46	19,2	194	80,8	8,5
Assistência fisioterapêutica	Duração da sessão do seu atendimento fisioterapêutico	21	8,8	219	91,3	8,9
Assistência fisioterapêutica	Sentir segurança no atendimento do fisioterapeuta	7	2,9	233	97,1	9,6
Assistência fisioterapêutica	Satisfação com o atendimento fisioterapêutico recebido	6	2,5	234	97,5	9,5

Fonte: a autora.

Ao correlacionar a dimensão da qualidade com as características individuais dos usuários, duas variáveis evidenciaram significância estatística: o tempo de internamento e a renda do usuário internado.

Em relação ao tempo de internamento (Tabela 16), a dimensão confidencialidade teve sua maior satisfação no grupo de usuários internos a mais de 30 dias (100%) e a menor satisfação no grupo internado de 21 a 30 dias (94,3%); a dimensão privacidade evidenciou que menor porcentagem de satisfação ocorreu entre 11 a 20 dias de internação (91,4%); a dimensão dignidade/cortesia teve total satisfação entre os usuários internados entre 21 a 30 dias e mais de 30 dias (100%); e a dimensão conforto foi a que apresentou a menor taxa de satisfação, em

relação as outras dimensões, evidenciando o tempo de internamento de 21 a 30 dias o com mais baixa satisfação (65,7%).

Tabela 16 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões de qualidade e tempo de internamento dos usuários das enfermarias dos Hospitais, 2020.

Dimensões de Qualidade	Satisfação do Usuário								Hipótese	p valor*
	Tempo de internamento									
	Até 10 dias ^a		11 a 20 dias ^b		21 a 30 dias ^c		Mais de 30 dias ^d			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Confidencialidade	90	95,7	85	94,4	33	94,3	21	100,0	axbxcxd*	0,970
Privacidade	87	92,6	85	94,4	32	91,4	20	95,2	axbxcxd* axb** axc** axd** bxc** bx d** cx d**	0,010 0,004 0,005 0,336 0,870 0,321 0,257
Direito à informação	86	91,5	86	95,6	32	91,4	21	100,0	axbxcxd*	0,797
Autonomia	91	96,8	86	95,6	35	100,0	20	95,2	axbxcxd*	0,533
Dignidade/cortesia	91	96,8	89	98,9	35	100,0	21	100,0	axbxcxd*	0,383
Priorização	83	88,3	86	95,6	32	91,4	20	95,2	axbxcxd*	0,245
Conforto	67	71,3	61	67,8	23	65,7	15	71,4	axbxcxd*	0,070
Assistência fisioterapêutica	91	96,8	84	93,3	34	97,1	21	100,0	axbxcxd*	0,354

Fonte: a autora.

Nota: * Teste de Kruskal-Wallis, ** Mann-Whitney.

Os resultados apresentados em relação a renda (Tabela 17), mostraram que o usuário com a faixa salarial acima de 1 salário mínimo apresentou alta satisfação em todas as dimensões (100%); e o nível mais alto de insatisfação foi identificado na dimensão conforto, entre os usuários com renda de um salário mínimo (32,2%).

Tabela 17 - Avaliação da satisfação dos usuários segundo as dimensões de qualidade e renda dos usuários das enfermarias dos Hospitais, 2020.

Dimensões de Qualidade	Satisfação do Usuário												Hipótese	p valor*
	Renda													
	Menos de um salário mínimo ^a				1 salário mínimo ^b				Mais de 1 salário mínimo ^c					
	I		S		I		S		I		S			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Confidencialidade	4	6,8	55	93,2	6	3,4	173	96,1	-	-	1	100,0	axbxc*	0,556
Privacidade	3	5,1	56	94,9	13	7,2	167	92,8	-	-	1	100,0	axbxc*	0,191
Direito à informação	4	6,8	55	93,2	11	6,1	169	93,9	-	-	1	100,0	axbxc*	0,676
Autonomia	2	3,4	57	96,6	6	3,3	174	96,7	-	-	1	100,0	axbxc*	0,231
Dignidade/cortesia	1	1,7	58	98,3	3	1,7	177	98,3	-	-	1	100,0	axbxc*	0,025 0,030 0,167 0,177
Priorização	7	11,9	52	88,1	12	6,7	168	93,3	-	-	1	100,0	axbxc*	0,508
Conforto	16	27,1	43	72,9	58	32,2	122	67,8	-	-	1	100,0	axbxc*	0,466
Assistência fisioterapêutica	4	6,8	55	93,2	6	3,3	174	96,7	-	-	1	100,0	axbxc*	0,079

Fonte: a autora.

Nota: I - insatisfeito; S – satisfeito; * Teste de Kruskal-Wallis; ** Mann-Whitney.

Na última questão do instrumento dos usuários referente a satisfação, foi pedido que o mesmo desse uma nota sobre o atendimento recebido de forma geral no hospital, durante seu período de internação (Tabela 18). Este dado ajudou a estabelecer comparações entre a avaliação geral e as dimensões pesquisadas. Os resultados evidenciaram um percentual alto de satisfação geral (90,8%); em relação a cada hospital, o que apresentou maior satisfação HULW (96,3%), e o HMSI com o maior percentual de insatisfação (12,5%). De maneira geral os resultados encontrados foram semelhantes ao que foi exposto anteriormente, em relação as dimensões que foram pesquisadas.

Tabela 18 - Avaliação geral da satisfação dos usuários com o atendimento nas enfermarias dos Hospitais, 2020.

Hospital	Satisfação Geral dos Usuários				Total	Nota média
	Insatisfeito		Satisfeito			
	N	%	N	%		
HULW	3	3,7	77	96,3	80	9,44
HEETSHL	9	11,2	71	88,8	80	9,15
HMSI	10	12,5	70	87,5	80	9,00
Geral	22	9,2	218	90,8	240	9,20

Fonte: a autora.

5.1.2 Discussão quanto a caracterização e satisfação dos usuários internados nas enfermarias

O perfil principal dos usuários dos hospitais HULW e HMSI foi de idosos com idades a partir dos 60 anos. A população idosa no Brasil vem aumentando significativamente nas últimas décadas como apontam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) censo de 2010; a expectativa de vida para os brasileiros era de 74,9 anos; e 78,6 anos para as mulheres e 71,3 anos para homens e estima-se que em 2020 teremos aqui 30,9 milhões de pessoas com 60 anos (NOBREGA *et al.*, 2019). Essa alteração demográfica traz consigo uma maior procura por atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive o terciário (D'ARTIBALE *et al.*, 2018).

No HEETSHL a maioria dos internos era de adultos jovens, o que corrobora com achados no estudo Silva *et al.* (2019), onde a média da idade que encontraram nos pacientes foi abaixo dos 50 anos. Uma justificativa para tal fato seria a semelhança dos serviços estudados tratarem-se de hospitais voltados para o atendimento de traumas, muito comuns na faixa de adultos jovens.

Em relação ao sexo dos pacientes internados na enfermaria, foi encontrado na presente pesquisa em sua maioria pacientes masculinos (55%), corroborando ao encontrado por Camargo *et al.* (2019), ao identificarem em seu estudo sobre a satisfação com o atendimento fisioterapêutico hospitalar que a maioria dos entrevistados eram do sexo masculino (61,8%); fato contrário ao descrito por Hermoza *et al.* (2018), em sua pesquisa sobre satisfação com a fisioterapia, onde os pacientes internados nas enfermarias foram predominantemente do sexo feminino (55,8%), em Gonçalves *et al.* (2011) com 55%, Viana *et al.* (2014) 56,1%, e Bernardino *et al.* (2015) com 58%.

Quanto ao sexo dos usuários internados nos hospitais HULW e HEETSHL a predominância foi masculina com 55% e 65%, respectivamente; e no HMSI feminina com 55%.

Algumas pesquisas evidenciaram que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, como também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte. No entanto, apesar das taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção à saúde é menor do que a das mulheres (D'ARTIBALE *et al.*, 2018).

A porcentagem geral apresentou predominância de pacientes residentes no município de João Pessoa com 54,2%, mas ao olhar para os dados detalhados por hospital constatou-se que no HULW e HEETSHL a maioria residia fora de João Pessoa, isto evidenciaria a influência desses serviços como centros de referência em atendimento hospitalar público no estado da Paraíba; no HMSI a predominância foi de pacientes do próprio município de João Pessoa, o que pode ter relação com o fato deste hospital ter gestão municipal e ser referência no município.

Em relação a escolaridade, no geral em todos os hospitais, a maior porcentagem se concentrou em usuários que estudaram até o ensino fundamental, com 47,5%. Pode-se ainda concluir que 68,3% dos usuários entrevistados apresentaram um nível de escolaridade até o ensino fundamental, corroborando com os achados nas pesquisas de Viana *et al.* (2014), Hermoza *et al.* (2018), Camargo *et al.* (2019), Gonçalves *et al.* (2011), e Bernardino *et al.* (2015).

O baixo nível de escolaridade indica que o profissional de saúde deve preocupar-se quanto à forma de falar e explicar ao paciente, pois esse entendimento é importante para o sucesso da terapia em questões como orientações dadas aos pacientes (BERNARDINO *et al.*, 2015).

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínuo (PNAD), a Paraíba é o quarto estado do Brasil com a maior taxa de analfabetismo, de acordo com o IBGE (2019). A taxa da Paraíba é de 16,1%, ficando atrás apenas do Maranhão (16,3%), Piauí (16,6%) e Alagoas (17,2%). Apesar deste número não ser positivo para a Paraíba, quando comparado ao restante do país, a situação permaneceu estável entre 2016 e 2018. Nos três anos, as taxas variaram entre 16,3% (2016), 16,6% (2017) e 16,1% (2018) (IBGE, 2019).

Quanto a profissão/ocupação, no geral, 42,5% dos usuários era aposentada, entretanto no HEETSHL a porcentagem foi maior dos internos que desempenhavam outros tipos de ocupação com 37,4%. De acordo com dados da secretaria da previdência, órgão ligado ao Ministério da Economia; 15,5% da população do estado da Paraíba é composta por aposentados, o que corresponde a mais de 619 mil pessoas. Em relação aos últimos 10 anos (2008 a 2018), o

número de aposentados cresceu 7% no Estado, fato que se relaciona com o aumento do envelhecimento da população (BRASIL, 2018).

A renda familiar dos usuários, em sua maioria foi de 1 salário mínimo (75,0%), achado que corrobora com dados segundo o PNAD de 2018, onde a renda mensal per capita do paraibano seria R\$ 898, ficando em terceira posição em relação aos outros estados do nordeste. A renda do paraibano, encontra-se R\$ 475 menor que a média de renda nacional de R\$ 1.373. (IBGE, 2018).

Na pesquisa de Rufino *et al.* (2012), sobre a avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica, foi encontrado um tempo médio de 20,9 dias de internamento, achado um pouco maior ao que foi visto na atual pesquisa, que foi de 17, 3 dias; mas o estudo de Cruz *et al.* (2011) corroborou com o dado do presente estudo ao apresentar um tempo médio de internamento de 17,1 dias. Ainda segundo Rufino *et al.* (2012), a permanência hospitalar prolongada é um indicador indireto da qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços terciários, e seu estudo inferiu que a dor era um fator que poderia prolongar a internação, pois os pacientes recebiam alta apenas quando apresentavam melhora do quadro da dor.

Quanto o sistema acometido que levou ao internamento, na presente pesquisa evidenciou-se que problemas no sistema osteomuscular, respiratório e digestório foram os que mais levaram a internação dos usuários; o que divergiu do encontrado nos estudos de D'Artibale *et al.* (2018), onde a principal causa de internamento foram problemas do sistema urinário, e de Cruz *et al.* (2011), que identificou principalmente afecções no sistema cardiovascular.

Na assistência à saúde, três aspectos são considerados importantes: atenção técnica, relação interpessoal e ambiente físico, e a avaliação dessas características permite estimar a qualidade da atenção (RABELO *et al.*, 2018).

A satisfação dos usuários é relevante para a avaliação da qualidade, na medida em que o nível da satisfação expõe características de como foi o atendimento, os cuidados recebidos e o relacionamento entre o usuário e a instituição de saúde; além de que, pacientes satisfeitos tem maior aderência ao tratamento e são mais propensos a ter melhor qualidade de vida (ESPIRIDIÃO; TRAD, 2006; SILVA *et al.*, 2017).

A constatação nos resultados da dimensão de avaliação, que os usuários são mais satisfeitos com o trabalho dos fisioterapeutas (97%) do que com as condições oferecidas (80%), foi algo similar ao encontrado nas pesquisas de Camargo *et al.* (2019); Hermoza *et al.* (2018) e Oliveira *et al.* (2016), pois estes pesquisadores encontraram níveis de satisfação com o atendimento fisioterapêutico em maior porcentagem nas classificações ótimo e excelente.

Concordando com o que foi achado na presente pesquisa quanto a maior satisfação dos usuários com o trabalho dos fisioterapeutas, está o estudo de Gonçalves *et al.* (2011), ao citarem que os usuários tendem a expressar alto grau de satisfação na dimensão relacional.

No que tange as condições oferecidas nas enfermarias dos hospitais, o menor nível de satisfação encontrado foi 75% no HEETSHL, o que mesmo assim, considera-se bom; na pesquisa de Camargo *et al.* (2019), os resultados referentes a infraestrutura foram classificados de ótimo à excelente; e nos dados de Hermoza *et al.* (2018), como bom. Esta boa porcentagem em relação à satisfação apresentada pelos usuários, provavelmente se justificaria pelo baixo grau de exigência destes, que em sua maioria eram pessoas de baixo poder socioeconômico e escolaridade, sendo assim, uma condição um pouco melhor que vivenciem em relação ao que estariam habituados, implicaria tendencialmente em classificar como de qualidade satisfatória, concordando com o que afirma De Paula *et al.* (2019), em sua pesquisa. O percentual de insatisfação com as condições oferecidas de 20% no geral e variando de 15% a 25% nas instituições hospitalares envolvidas, embora tenha sido baixo, aponta que melhorias devem ser empregadas para que o serviço tenha mais qualidade e para que o usuário tenha melhor conforto durante sua internação. Na pesquisa de Ricci *et al.* (2011), encontraram percentuais de satisfação do usuário em relação ao ambiente físico hospitalar bons, onde os usuários consideraram muito boa a limpeza (72,3%), muito bom o conforto (53,8%) e a sinalização (73,1%) do hospital.

Segundo Gonçalves *et al.* (2011), no que se refere às instalações, 47,5% dos entrevistados escolheram a opção ótima e 40% relataram ser boas e adequadas para o ambiente de atendimento; em De Paula *et al.* (2019), os pacientes estavam muito satisfeitos em vários aspectos inclusive infraestrutura hospitalar; mas conforme Rabelo *et al.* (2018), as dimensões que os usuários referiram à menor satisfação foram estrutura física, fato compatível com o encontrado na atual pesquisa, onde os percentuais mais elevados de insatisfação foram encontrados na dimensão condições oferecidas (20%) (dimensão de avaliação), e dimensão conforto (30,8%) (dimensão de qualidade).

De acordo com Nasaruddin *et al.* (2013) e Gonçalves *et al.* (2011), fatores como a idade, escolaridade, ocupação/profissão podem influenciar na satisfação do paciente; estas características não demonstraram relações estatísticas significativas na atual pesquisa. Considerando a faixa etária, escolaridade, município que reside, profissão/ocupação, sexo, renda, tempo de internamento, sistema acometido que levou a internação dos entrevistados, em relação as condições oferecidas e o trabalho dos fisioterapeutas, observou-se alta satisfação.

Quanto a análise da dimensão de qualidade, a melhor dimensão avaliada quanto à satisfação pelos usuários foi dignidade/cortesia (98,3%); enquanto a dimensão conforto obteve o maior percentual de insatisfação (30,8%).

A dimensão dignidade/cortesia, que reflete questões como a gentileza no atendimento e o ato de ser ouvido pelo terapeuta, evidenciaram níveis altos de satisfação entre excelente e ótimo nas pesquisas de Rodrigues, Raimundo, Silva (2010), e Viana *et al.* (2014), corroborando com o atual estudo.

A dimensão conforto traduz-se em componentes como a limpeza, temperatura local, conforto em geral da enfermaria entre outros. Na pesquisa de Gonçalves *et al.* (2011), quanto aos dados referentes à ambiência, percebeu-se menor satisfação, no que condiz à limpeza, ao conforto, à privacidade e às instalações, dos indivíduos atendidos, apresentando semelhança com os resultados encontrados na presente pesquisa.

Dentro da dimensão assistência fisioterapêutica, o maior percentual de insatisfação foi referente a questão quantidade de atendimento fisioterapêutico diário suprir a necessidade do usuário (19,2%), a realidade dos serviços públicos de saúde é marcada por dificuldades quanto ao quantitativo de pessoal para suprir a demanda dos serviços, o que pode explicar essa insatisfação do usuário com esse item. Em contra partida o melhor item avaliado na assistência fisioterapêutica foi a contribuição da fisioterapia na melhora da saúde (100%); os benefícios advindos com o tratamento fisioterapêutico como melhora do quadro algico, da mobilidade, e prevenção de sequelas, é facilmente percebida pelo usuário, refletida em melhor qualidade de vida e até mesmo na redução do tempo de internamento (NEPEL *et al.*, 2011; RUFINO *et al.*, 2012). Fréz e Nobre (2011), em sua pesquisa identificaram as características da assistência fisioterapêutica como ótimas, com uma população satisfeita com os serviços que vinham recebendo.

Em vários estudos, esta dimensão é identificada como interação paciente/terapeuta, e apresentam forte correlação com a satisfação do paciente, e indicam que a comunicação entre o fisioterapeuta e seu paciente pode ser um dos principais aspectos que formam o processo da assistência fisioterapêutica (GONÇALVES *et al.*, 2011; BERNARDINO *et al.*, 2015; VIANA *et al.*, 2014).

Ao cruzar variáveis do estudo com as dimensões da qualidade, identificou-se que o tempo de internamento e a renda do usuário mostravam significância estatística. De acordo com o tempo de internamento, os usuários que se apresentavam hospitalizados entre 21 e 30 dias, apresentaram menor satisfação com a privacidade (91,4%), em relação aos outros períodos

avaliados. Isto pode ter ocorrido, devido a acomodação ou descuido por parte do fisioterapeuta por já ter certa intimidade com o paciente devido o tempo que o trata. No estudo de Gonçalves *et al.* (2011) relatam que 90 % dos pacientes asseguraram ter sua privacidade respeitada durante o atendimento.

Quanto a renda dos usuários, apontou-se significância estatística na dimensão dignidade/cortesia, pois independente do status financeiro do usuário a sua satisfação com esse item demonstrou-se alta em todas faixas de rendimento, variando entre 98,3% à 100%; ser tratado com educação, cordialidade e gentileza é facilmente perceptível por qualquer indivíduo.

Em relação a satisfação geral do usuário, os dados identificaram alto nível de satisfação (90,8%), o que corrobora com o que foi encontrado na avaliação das dimensões de qualidade e avaliação, dando robustez e segurança a esses resultados. Na pesquisa de Rodrigues, Raimundo e Silva (2010), com relação à satisfação geral dos usuários, 37,1% julgou ótimo o serviço recebido; e em Viana *et al.* (2014), quanto às respostas relativas à satisfação com o atendimento em geral, 39% dos pacientes indicaram satisfação excelente, 41,5% satisfação ótima e 19,5% satisfação boa, não havendo demarcações para ruim ou péssima, ou seja, o nível de satisfação geral mostrou-se elevado.

No que tange a identificação nos resultados do presente estudo, que a satisfação encontrada foi boa em todas as dimensões de avaliação e qualidade, mostrou-se algo surpreendente, principalmente por se tratar de dados colhidos em serviços públicos; e pela questão da satisfação ser complexa e sofrer diversas influências. No Brasil, mais de 90% da população é usuária de alguma forma dos serviços de saúde públicos e reconhece-se a baixa qualidade oferecida em decorrência da carência de equipamentos e profissionais, como pontuam Fréz e Nobre (2011); e encontrar resultados contrários a isso, como os da atual pesquisa, pode apontar mudanças positivas na qualidade da assistência pública e melhor gerenciamento de recursos.

É importante salientar que apesar dos elevados percentuais de satisfação dos usuários do atual estudo, não se pode considerar que as condutas fisioterapêuticas foram executadas adequadamente, pois o instrumento utilizado avalia a satisfação do usuário com o cuidado prestado, e não especificamente com as técnicas aplicadas. Além de que, é importante salientar o fato de que existe tendência, segundo Viana *et al.* (2014), por parte dos usuários de classes sociais menos favorecidas, em avaliar positivamente os serviços que lhes são prestados, por falta de uma opinião crítica.

5.2 Condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos aos fisioterapeutas

Esta seção dedicou-se a identificação e análise das entrevistas feitas com os profissionais fisioterapeutas que atendiam nas enfermarias.

5.2.1 Caracterização dos fisioterapeutas que trabalham nas enfermarias

A amostra foi composta por 15 fisioterapeutas de ambos os sexos, funcionários de 3 unidades hospitalares no município de João Pessoa. Destes 26,7 % (n=4) trabalhavam no HEETSHL, 40,0% (n=6) no HMSI e 33,3% (n=5) no HULW.

Verificou-se predomínio de fisioterapeutas do sexo feminino com 66,7% de fisioterapeutas mulheres atendendo nas enfermarias (Tabela 19). Este resultado corrobora com as pesquisas de Dibai Filho *et al.* (2010), Russo *et al.* (2012) e Badaró e Guilhem (2011), que encontraram respectivamente 69,2%; 72,2%; e 83%, das equipes de fisioterapia compostas em sua maioria por mulheres. Para Matos, Toassi e Oliveira (2013), a feminização da força de trabalho tem se mostrado uma tendência tanto no Brasil como mundialmente, e o setor saúde está inserido neste contexto; Haddad *et al.* (2010) complementam com a sua pesquisa sobre a formação profissional na área da saúde, onde estas apontaram que o sexo feminino prevalecia em 12 dos 14 cursos que foram avaliados.

A idade encontrada nos fisioterapeutas entrevistados variou entre 24 a 51 anos com média de $35,07 \pm 7,69$ anos, tendo o predomínio da faixa etária de 34 a 43 anos com 46,7% (Tabela 19). Este resultado divergiu um pouco do que foi encontrado na pesquisa de Russo *et al.* (2012), na qual a média de idade dos profissionais foi de $32,1 \pm 6,8$ anos, estando a maioria na faixa de 26 a 30 anos (37,0%); no estudo de Badaró e Guilhem (2011), onde a faixa de idade dos profissionais encontrava se entre 22 a 30; e por Dibai Filho *et al.* (2010) que encontrou uma média de idade de $30,01 \pm 6,31$ anos.

Quanto o estado civil (Tabela 19), predominou em 60% dos fisioterapeutas estar solteiro, fato que acompanha a tendência mundial de casar-se com idade mais elevada. No Brasil, pesquisas do IBGE (2019), apontaram que no ano de 2018 a idade média para o casamento passou de 28 anos no lado das noivas, e de 30 anos no lado dos noivos.

A mudança de faixa etária para o casamento como relatam as pesquisas, pode ser justificada pela maior dedicação aos estudos e busca por maiores salários antes de ter a responsabilidade do matrimônio.

Tabela 19 - Distribuição dos fisioterapeutas segundo características sociais, 2020.

Características	Fisioterapeutas	
	N	%
Sexo		
Feminino	10	66,7
Masculino	5	33,3
Faixa Etária		
24 a 33 anos	6	40,0
34 a 43 anos	7	46,7
44 anos ou mais	2	13,3
Estado civil		
Solteiro	9	60,0
Casado	5	33,3
União consensual	1	6,7
Total	15	100

Fonte: a autora.

Quanto ao tempo de formado dos fisioterapeutas abordados na pesquisa, 66,7% eram graduados de 5 a 14 anos (Tabela 20), demonstrando que estes já tinham uma certa experiência profissional no campo da fisioterapia. O tempo de formado entre os profissionais variou de 2 a 29 anos com média $11,87 \pm 8,06$. Na pesquisa de Russo *et al.* (2012), constatou-se que 38,9% dos fisioterapeutas de sua pesquisa possuíam tempo de formado entre 1 e 5 anos, 27,8% entre 6 e 10 anos e 29,6% graduaram-se a mais de 10 anos, com média de $7,2 \pm 3,9$ anos; no estudo de Dibai Filho *et al.* (2010), a média do tempo de formado dos profissionais estabeleceu-se em $6,40 \pm 5,77$ anos; ambos os resultados divergiram do encontrado na presente pesquisa, que mostrou que os fisioterapeutas dos hospitais do estudo tem um tempo maior de formados.

Quanto a característica nível de pós-graduação, 66,7% dos fisioterapeutas entrevistados informaram possuir especialização (Tabela 20), o que corrobora com o perfil dos fisioterapeutas das pesquisas de Dibai Filho *et al.* (2010), onde 80,8%; e o estudo de Russo *et al.* (2012), com 66,7% de fisioterapeutas especialistas.

Esta busca pela qualificação profissional mostra o interesse desses profissionais em se especializar e aperfeiçoar seu trabalho, contribuindo com melhora da assistência ao paciente.

Quanto a área de especialização mais encontrada entre os fisioterapeutas entrevistados (Tabela 20), foi visto que a traumato-ortopedia respondia com 40%, seguida pela área cardiorrespiratória com 20%. Ambas as áreas de especialização são muito importantes para o atendimento nas enfermarias, visto que na atual pesquisa, os usuários hospitalizados nestes locais tiveram principalmente como causa de internação problemas nos sistemas osteomuscular e respiratório.

Na pesquisa de Nozawa *et al.* (2008), verificou-se que 71% dos fisioterapeutas possuíam especialização em fisioterapia cardiorrespiratória ou em terapia intensiva, mas estes

trabalhavam em unidades de terapia intensiva. Percebe-se assim que o profissional busca a área de especialização de acordo com as exigências de seu meio laboral.

Tabela 20 - Distribuição dos fisioterapeutas segundo características educacionais, 2020.

Características	Fisioterapeutas	
	N	%
Tempo de Formado		
Menos de 5 anos	2	13,3
5 a 14 anos	10	66,7
15 a 24 anos	1	6,7
25 anos ou mais	2	13,3
Nível de pós-graduação		
Especialização	10	66,7
Mestrado	4	26,6
Não possui	1	6,7
Especialidade		
Traumatologia	6	40,0
Cardio-respiratória	3	20,0
Terapia intensiva	2	13,3
Outra	3	20,0
Não possui	1	6,7
Total	15	100

Fonte: a autora.

O tempo de trabalho na unidade hospitalar variou de 1 a 27 anos com média $5,87 \pm 5,57$; e o tempo de atuação no setor variou de 1 a 20 anos com média $4,00 \pm 4,97$, sendo que 40% dos fisioterapeutas já atuavam nas enfermarias por um período de 1 a 4 anos (Tabela 21).

Com relação ao vínculo empregatício, observou-se que a maioria dos fisioterapeutas (60%) encontrava-se no regime celetista (Tabela 21). No estudo de Dibai Filho *et al.* (2010), com relação ao vínculo a maioria dos fisioterapeutas com 32,7% eram cooperados e em segundo 30,8% eram terceirizados; o vínculo estatutário mostrou-se baixo com 13,5%, corroborando com o que foi achado na atual pesquisa.

De acordo com o regime de trabalho, verificou-se que 86,7% dos fisioterapeutas entrevistados eram plantonistas, e que a maioria (60%) possuía outro vínculo empregatício, além do hospital.

Quanto a renda dos fisioterapeutas da pesquisa (Tabela 21), identificou-se que a maioria (40%) tinha rendimento mensal acima de R\$ 4 mil reais, o que pode ser justificado pela maioria dos fisioterapeutas do estudo ter mais de um vínculo empregatício. Russo *et al.* (2012), identificaram no seu estudo que a média de rendimentos dos fisioterapeutas era de $2920,19 \pm 1218,41$ reais, e a maior parte (25,9%) com rendimentos entre 2.000 e 3.000 reais, e na pesquisa de Dibai Filho *et al.* (2010), a maioria dos fisioterapeutas (40,4%) recebiam 5 a 6 salários mínimos.

Tabela 21 - Distribuição dos fisioterapeutas segundo características trabalhistas, 2020.

Características	Fisioterapeutas	
	N	%
Tempo de trabalho na enfermaria		
Menos de 1 ano	5	33,3
1 a 4 anos	6	40,0
5 a 10 anos	3	20,0
Mais de 10 anos	1	6,7
Tipo de vínculo com o hospital		
Estatutário	2	13,3
CLT	9	60,0
Contrato temporário	4	26,7
Renda Mensal		
Até 2000,00	4	26,7
De 2000,00 a 4000,00	5	33,3
Acima de 4000,00	6	40,0
Total	15	100

Fonte: a autora.

5.2.2 *Análise de conteúdo das entrevistas dos fisioterapeutas sobre as condições de atendimento e trabalho nas enfermarias dos hospitais*

A análise das entrevistas dos fisioterapeutas que prestavam assistência nas enfermarias dos hospitais, deu-se pela categorização das falas, pelo critério semântico em classes temáticas e categorias, relacionadas às condições de atendimento e trabalho. Este procedimento segundo Bardin (1997), tem por objetivo “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos”. As classes temáticas e categorias foram elaboradas a posteriori, após uma exaustiva leitura e análise do material, sendo o título de cada classe e categoria, definido após o agrupamento do material pelas semelhanças encontradas. Foram elaboradas 13 classes temáticas, 32 categorias e 2 subcategorias, levando-se em consideração as vertentes temáticas da condição de trabalho e atendimento, sobre as quais se fundamenta um dos objetivos em estudo. A categorização buscou traçar limites, por vezes tênues, entre as temáticas abordadas, visando atender ao princípio da exclusão, onde um elemento não pode estar contido em mais de uma categoria (BARDIN, 1997). As classes temáticas, categorias e subcategorias elaboradas foram evidenciadas no quadro 8.

Quadro 8: Resumo das classes temáticas, categorias e subcategorias encontradas na análise de conteúdo das entrevistas dos fisioterapeutas, 2020.

Classes temáticas	Categorias	Subcategorias	
Limpeza do ambiente de trabalho	Boa higienização		
	Higienização deficiente		
Conforto e condições de repouso	Conquista de local para repouso		
	Local de repouso multiprofissional		
	Sem local de repouso		
Refeições oferecidas pelo Hospital	Alimentação de boa qualidade nutricional		
	Refeições de baixa qualidade nutricional		
Quantidade de fisioterapeutas	Boa quantidade de profissionais		
	Necessidade de mais profissionais		
Atendimentos por turno de trabalho	Até oito atendimentos		
	Acima de oito atendimentos		
Carga horária de trabalho	Em conformidade com a Lei.		
Equipamentos de trabalho e materiais descartáveis para o atendimento	Boa quantidade de equipamentos		
	Demanda não suprida de equipamentos		
	Fornecimento adequado de materiais pelo hospital		
	Ausência eventual de materiais		
Segurança física	Sentimento de segurança no trabalho		
	Condições deficientes de segurança		
Condições de trabalho	Condições adequadas de trabalho		
	Dificuldades durante a realização do trabalho		Desconforto térmico
			Riscos ergonômicos
Satisfação com o trabalho	Satisfação em trabalhar no ambiente hospitalar		
	Insatisfação com o turno de trabalho		
	Insatisfação com a área de atuação		
Remuneração salarial	Remuneração acima da média		
	Baixa remuneração		
Estabilidade do vínculo empregatício	Condições estáveis do vínculo		
	Condições instáveis do vínculo		
Assistência fisioterapêutica	Conduta diante solicitação do paciente		
	Escuta do paciente		
	Horário de atendimento		
	Duração e quantidade de atendimentos por paciente		
	Contribuição da fisioterapia		

Fonte: a autora.

5.2.2.1 Limpeza do ambiente de trabalho

O Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde cita que ambiência na saúde “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2008). Considerando que a ambiência hospitalar é constituída por meio da ação de

todas as pessoas que se encontram no hospital e, dependendo da estrutura física e dessas ações, o ambiente pode ser mais ou menos acolhedor e resolutivo, e isto pode ser refletido no estado de limpeza do hospital (PETEAN; LIMA; ROCHA, 2014).

Considerando a categoria boa higienização, alguns fisioterapeutas relataram em suas falas considerar que a limpeza no ambiente das enfermarias era boa e que o ambiente era limpo com frequência:

Acho que está satisfatória [a limpeza]. (P1)

[...] é um ambiente limpo. Não me atrapalha nos atendimentos. (P5)

Eu acho a limpeza boa. (P6)

É um ambiente limpo, um ambiente bem cuidado. (P11)

É limpa. Todo dia o pessoal da limpeza vem e faz a limpeza. [...] Não tenho do que reclamar, tem um nível bom de limpeza. (P13)

No ambiente hospitalar, além do cuidado, do conforto e bem-estar, é de suma importância garantir a higienização como uma das medidas de prevenção de infecção hospitalar. O serviço de higiene e limpeza hospitalar pode ser próprio ou de empresa terceirizada, sendo que nos serviços próprios há o benefício da personalização do atendimento, de acordo com os objetivos da instituição, entretanto, na contratação de empresas terceirizadas, as negociações podem ser vantajosas para o controle de custos (CHAVES *et al.*, 2015).

Na categoria higienização deficiente, foram comuns as falas de que a qualidade da limpeza não era adequada:

[...] áreas comuns, que são muito utilizadas, deveriam ter uma ênfase maior na limpeza, como os banheiros dos corredores, a copa. [...] Acho que precisaria ter um maior número de limpezas diárias. (P2)

Às vezes, eu não acho que a qualidade da limpeza seja adequada não. (P4)

A limpeza de unidade é classificada em limpeza concorrente e terminal. A concorrente é realizada diariamente em algumas partes da unidade do usuário, como banheiros e mobiliários, durante o seu período de internação. A limpeza terminal é feita em todos os componentes da unidade, incluindo paredes, é indicada quando o leito é desocupado por motivo de alta, óbito, transferência, período de hospitalização prolongado, surtos e nos casos de término de isolamento (CHAVES *et al.*, 2015).

Algumas falas acrescentaram que a limpeza era precária na enfermaria:

No geral um pouco precário. (P10)

A limpeza é bem precária, viu? O que acontece: Muitas vezes o chão está sujo de sangue. [...] E, muitas vezes, o ambiente não está limpinho não. Eu daria nota sete, no máximo. (P12)

Quando a higienização hospitalar não é realizada de forma correta e rotineira, pode ocasionar o surgimento de doenças no ambiente assistencial, e está relacionado frequentemente ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção das superfícies, ao manejo inadequado dos resíduos, à exposição ao risco ocupacional, pois, mesmo na presença do uso de equipamentos de proteção individual (EPI), se houver inconformidades, aquele que seria um controlador de infecção passa a ser um disseminador que oferece risco ao invés de segurança (CHAVES *et al.*, 2015).

No cotidiano hospitalar, observa-se que os espaços físicos, embora sendo os mesmos estruturalmente, modificam-se a cada momento, de acordo com a atuação humana e as intervenções de saúde que se processam continuamente. Assim, um ambiente limpo, arejado e inodoro pode se transformar, num segundo, em um ambiente sujo, asfíxiante e malcheiroso. Nesse sentido, os trabalhadores da limpeza executam suas atividades de higienização, propiciando um ambiente que favoreça a saúde física e mental (PETEAN; LIMA; ROCHA, 2014).

5.2.2.2 Conforto e condições de repouso

A jornada de trabalho dos profissionais de saúde tem sido cada vez mais extenuantes, e muitas vezes este profissional necessita de vários vínculos empregatícios para garantir seu sustento. Na classe temática conforto e condições de repouso, encontrou-se a categoria conquista de um local para repouso como sendo frisada na fala dos fisioterapeutas entrevistados:

Nós não tínhamos um repouso adequado, agora que está se organizando. (P1)

Ficamos três anos sem repouso e era uma condição bem desagradável: você passava o dia sem ter um local onde você possa repousar, ter uma hora de conforto no seu trabalho. (P1)

A gente nem tinha repouso, o nosso repouso é uma conquista recente. (P2)

A gente passou muito tempo sem ter local de repouso, mas agora o que temos é adequado, confortável, supri 100% das necessidades. (P7)

Ter um local onde o profissional possa repor suas energias é de extrema importância, pois revigora seu estado físico, implicando na melhoria da assistência prestada por ele.

A jornada de trabalho no artigo 71 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), antes da reforma trabalhista, apontava que em qualquer trabalho contínuo que exceda o limite de 6 horas, é obrigatório conceder ao trabalhador intervalo para repouso ou alimentação de, no mínimo, 1 hora. Entretanto, esse intervalo não pode exceder 2 horas. Pela nova regra da reforma trabalhista, o intervalo sobre a jornada de trabalho poderá ser negociado entre funcionários e empregadores, desde que tenha, pelo menos, 30 minutos. Essa mudança foi implementada por meio do inciso III do artigo 611-A da CLT (2017).

A nova lei, 13.497/2017, estabeleceu que a convenção e o acordo coletivo têm prevalência sobre as leis trabalhistas no que diz respeito ao intervalo sobre a jornada de trabalho

Quanto a categoria local de repouso multiprofissional, as falas dos profissionais evidenciaram que não existia local de repouso específico do fisioterapeuta, sendo este em conjunto com outros profissionais:

Na enfermaria, a gente não tem [ambiente para repouso]. Tem que se adequar ao repouso da urgência ou ficar aqui na sala da enfermaria da coordenação. (P3)

[...] a gente da fisioterapia não tem um repouso. A gente usa o da enfermagem, como se fosse um multiprofissional. Então, assim, é péssimo. (P4)

[...] é um repouso grande e é um repouso para toda a enfermaria e os profissionais. (P13)

Aí complica. O repouso é coletivo, e muita gente. (P14)

Nas falas anteriores, os fisioterapeutas afirmaram que o local de repouso era em conjunto ao profissional de enfermagem, e para esta categoria existe um projeto de lei 4998/16 em tramitação, no Senado, que obriga as instituições de saúde públicas e privadas, como hospitais e clínicas, a oferecer condições adequadas de repouso, durante o horário de trabalho, aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e às parteiras.

Na categoria sem local para repouso, as falas evidenciaram que em algumas instituições não existe local adequado para o repouso intrajornada e que o descanso acontece em salas destinadas a coordenação e para guardar materiais da fisioterapia:

Não temos repouso. Tem uma sala da fisioterapia, que fica o material, se eu precisar, ou usar o computador. (P8)

Não tenho local de repouso. (P9)

Infelizmente, não temos repouso. (P10)

A gente utiliza a sala da coordenação, e repouso que a gente tem é ficar sentado em uma cadeira. A gente não tem um local específico para repousar. (P10)

Aqui a gente tem só a sala da fisioterapia para ficar. Não tem repouso [...]. (P11)

Não tenho local de repouso, não existe. Na hora do almoço, por exemplo, término e venho para sala de fisioterapia, evoluir. Não tem um repouso. (P12)

Este fato é preocupante, visto que o profissional de saúde assume imensa responsabilidade, na medida em que lida com a vida humana; e vários deles estão sujeitos a alta carga de trabalho, enfrentam altos níveis de desgastes e estresse, os quais podem gerar sérios danos à integridade física e psíquica deste profissional e do paciente por ele atendido (SILVA; ROTEMBER; FISHER, 2011).

Ter um local onde o profissional possa descansar e reconstituir suas forças seria extremamente benéfico, no ponto de vista da saúde e qualidade do atendimento prestado por este profissional.

Mendes (2009), em sua tese sobre a avaliação da qualidade das emergências, no capítulo sobre as motivações e as condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, verificou-se nas instituições pesquisadas, que o tópico condições de repouso obteve resultados bem diferentes entre eles, sendo apontada em um hospital como péssima por 76,2% dos profissionais entrevistados; e em outra instituição como boa para 52,5% dos profissionais. Este resultado corrobora com o que foi postulado nas categorias sobre local de repouso anteriormente descritas, onde as falas apontadas por alguns fisioterapeutas versavam sobre ter um local para repouso satisfatório, enquanto outras falas informaram que os fisioterapeutas não tinham local para repousar. Deve-se ainda levar em consideração, que cada hospital participante do atual estudo, tem sua estrutura gestora e física particular, o que favorecia ter ou não um local de repouso para os fisioterapeutas.

5.2.2.3 Refeições oferecidas pelo hospital

A concessão de alimentação durante o período de trabalho, não é obrigatoriedade do empregador, segundo o artigo 458 da CLT, onde este cita que a alimentação já está incluída no salário do empregado. No entanto, a questão da alimentação vem sendo negociada por ajuste individual com o empregador ou por meio de normas coletivas, convenções, acordos coletivos

(ACT) e sentenças normativas). No HEETSHL e no HMSI, os profissionais tinham as refeições ofertadas pelas instituições; no HULW os funcionários recebiam um adicional referente a alimentação na sua remuneração, e mesmo assim o hospital também oferecia as refeições para seus profissionais plantonistas. Este fato mudou, pouco tempo após a finalização da coleta dos dados neste serviço, sendo atualmente, oferecido apenas o aditivo na remuneração mensal, como está estabelecido em ACT desta instituição.

Como os profissionais da área hospitalar permanecem um longo período dentro das unidades, sem retornar para suas casas, a alimentação deste torna-se um ponto relevante e nesta classe temática encontrou-se duas categorias: Alimentação de boa qualidade nutricional, e Refeições de baixa qualidade nutricional.

Na categoria alimentação de boa qualidade nutricional, as falas dos fisioterapeutas evidenciaram que estes profissionais estavam satisfeitos com a alimentação que recebiam do hospital e que esta tinha boa qualidade:

As refeições são boas, daria uma nota nove. (P4)

As refeições são boas. (P11)

Não tenho que reclamar não, a refeição aqui é boa. (P13)

As refeições são de excelente qualidade, são muito boas. (P14)

A categoria refeições de baixa qualidade nutricional, foi exemplificada nas falas dos fisioterapeutas como uma preocupação destes com o aporte nutricional das refeições:

Eu acho que deveria ser melhor revista pela parte da nutrição, porque, se tratando de um hospital, deveria ser uma refeição mais balanceada, em termos de nutrientes. (P1)

Eu acho que aqui, como hospital, deveriam olhar melhor para a saúde e alimentação do funcionário. Eu não me alimento, mas eu observo a dieta que vem para os colegas: sempre tudo muito gorduroso, muita massa. [...] Acho que poderia ser uma dieta mais rica em legumes e frutas, alimentação mais saudável, com olhar para saúde do trabalhador. (P8)

A qualidade das refeições foi a questão com melhor avaliação na categoria condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, segundo Mendes (2009) em sua pesquisa; e vale salientar que boas práticas alimentares junto com outros fatores, podem minimizar ou prevenir o surgimento de diversas doenças, no tempo presente (infecções agudas) e futuro (doenças crônicas) (ZANEI; OLIVEIRA; WHITAKER, 2019).

5.2.2.4 Quantidade de fisioterapeutas

O déficit de trabalhadores para exercer as atividades necessárias dentro do setor de saúde é uma das causas geradora de violência contra este profissional e ocasiona sobrecarga de trabalho, estresse e diminuição na qualidade da assistência ao paciente, consequentemente gerando insatisfação por parte de familiares e pacientes. O trabalhador se sente desvalorizado, o que causa agonia e cansaço, além de levar ao surgimento de doenças somáticas (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

A resolução nº 444 de 26 de abril de 2014 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) estabelece que o fisioterapeuta num turno de 6 horas, pode atender de 8 a 10 pacientes individualmente, com base nesta informação os gestores devem planejar o quantitativo de fisioterapeutas necessários para suprir a demanda do setor (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2014).

Nesta classe temática formulou-se as categorias: boa quantidade de profissionais, e necessidade de mais profissionais. Na categoria boa quantidade de profissionais as falas apontaram para um número suficiente de fisioterapeutas para a demanda da enfermaria:

Acho que sim [é suficiente]. Acho que, às vezes, tem até demais. (P4)

Está suficiente. Em alguns momentos tem mais profissional do que precisaria, em alguns turnos específicos, mas está bem adequado. (P7)

Considero adequada para o atendimento [...]. (P10)

O fisioterapeuta vem de uma formação profissional voltada a busca contínua do bem-estar do indivíduo. Sua atuação principal é na reabilitação, promovendo o restabelecimento de funções acometidas por lesões e/ ou doenças e para atuar de forma satisfatória, este profissional necessita ter um tempo adequado para prestar seu atendimento. É muito positivo para a qualidade da assistência quando o quantitativo de profissionais se encontra adequado, isto reflete diretamente na maior satisfação do usuário atendido, além de diminuir sobrecarga de trabalho do fisioterapeuta, aumentando seu rendimento profissional e repercutindo em sua qualidade de vida no trabalho, com menos estresse, e adoecimento no geral (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Ao contrário do que foi dito na categoria anterior, as falas presentes na categoria necessidade de mais profissionais mostram que este profissional encontra se em quantitativo insuficiente para a demanda de pacientes internados nas enfermarias:

Eu acho que precisaria aumentar a quantidade de fisioterapeutas, devido ser um setor com demanda alta e com uma complexidade de pacientes elevada. Acho que necessitaria de mais profissionais. (P1)

A quantidade de fisioterapeutas para o setor ainda é insuficiente. (P2)

Eu acho pouco, porque se for um fisioterapeuta para 28 pacientes, fica complicado. (P3)

Eu acho que a gente podia ter um pouco mais de fisioterapeutas na equipe. (P5)

[...] No período que tem muito paciente grave, aí, realmente, um (fisioterapeuta) para duas alas, fica difícil. (P6)

Fica uma fisioterapeuta na enfermaria para todos os pacientes, são vinte e dois leitos. Poderia ter outra fisioterapeuta [...]. (P11)

Não é suficiente. Têm pouquíssimos fisioterapeutas, inclusive, deveria ter, no mínimo, dois, aqui na clínica médica para quantidade de pacientes que tem. (P12)

Poucos fisioterapeutas. Insuficiente para o setor. (P14)

Como também, ocorre falta de profissionais para a cobertura completa de todos os turnos e dias da semana:

Eu acho que precisava da aquisição de mais recursos humanos, porque, no caso, o fim de semana fica descoberto e sexta, e mesmo na semana tem turnos descobertos. (P8)

Eu acho que está insuficiente, pois aqui não tem fisioterapeuta no fim de semana, se precisar tem que deslocar da clínica médica para atender aqui e, muitas vezes, lá já está superlotado. (P9)

A produção dos serviços de saúde depende da estrutura física, material e tecnológica disponível e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados, conforme Scalco, Lacerda e Calvo (2010); e esta diferença no discurso dos entrevistados, sobre ter quantitativo de fisioterapeuta suficiente ou não, provavelmente se deve a diferença da quantidade de profissionais de cada hospital pesquisado.

Ferreira *et al.* (2017), em sua pesquisa evidenciaram a importância da atuação do profissional fisioterapeuta nas enfermarias hospitalares por contribuírem em diversos aspectos, como a redução do impacto do imobilismo no paciente, prevenção de contraturas musculares, diminuição do impacto sobre o sistema respiratório, além da redução do tempo de internação dos pacientes proporcionando rotatividade de leitos, contribuindo efetivamente para redução do risco de infecção hospitalar e diminuição de custos para o serviço. Ter a cobertura dos turnos de trabalho, completa por esses profissionais, promoveria muitos benefícios tanto para os pacientes como para o hospital.

5.2.2.5 Atendimentos por turno de trabalho

O número de atendimentos prestados pelo fisioterapeuta por turno de trabalho é regulamentado pela resolução n° 444 de 26 de abril de 2014 do COFFITO, como já foi explanado anteriormente, e ficou estabelecido que este profissional não deve ultrapassar 10 atendimentos por turno de 6 horas de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 2014). Analisando as falas dos fisioterapeutas chegou se as categorias: Até 8 atendimentos e Acima de 8 atendimentos.

Na categoria até 8 atendimentos, percebe-se que há uma relação entre o número de pacientes atendidos com o número de fisioterapeutas de plantão, como também a distribuição dos atendimentos devido a gravidade do paciente:

Essa quantidade a gente adéqua de acordo com o número de profissionais que tem no plantão. Então se existe uma quantidade maior de profissionais, a gente consegue atender um número maior de pacientes, caso isso não aconteça, a gente limita a quantidade de nossos atendimentos segundo a resolução do conselho, ficando uma média de seis pacientes por turno. (P1)

Eu atendo entre sete a oito pacientes pela manhã e a tarde tento deixar os de dreno, os traqueostomizados, que fazem mais respiratório. Tento deixar os menos comprometidos para tarde. Então, assim, eu atendo uns oito pela manhã e o restante à tarde. (P4)

Fica de sete a oito atendimentos. (P6)

São sete, manhã e tarde. (P13)

Na categoria acima de 8 atendimentos, percebe-se que a média de atendimentos fica em torno de 12 por turno, e que para uma maior quantidade de atendimentos no setor, existe a ajuda de estudantes de universidades que realizam estágio curricular nos hospitais:

[...] então, ficam doze por turno [...]. (P3)

Dá para atender todos os pacientes, os vinte e dois, porque pela manhã tem a ajuda das universidades e a tarde tem duas fisioterapeutas, aí a gente faz a divisão com os alunos. (P11)

[...] como aqui tem quatro enfermarias, fica duas enfermarias pela manhã e duas à tarde, então, muitas vezes, são uns quinze pacientes pela manhã e uns doze à tarde. (P12)

De acordo com Esteves *et al.* (2019), nos serviços de saúde se encontra o ambiente de aprendizagem clínica que é definido como uma entidade multidimensional, uma rede interativa

de diferentes aspectos dentro da unidade de trabalho em saúde, influenciando as oportunidades dos estudantes para resultados de aprendizagem. O estudante como um futuro profissional, presta sua contribuição nos hospitais, ajudando no atendimento de pacientes, de forma supervisionada, e ainda aprende ao observar o ambiente.

5.2.2.6 Carga horária de trabalho

O profissional fisioterapeuta é um dos poucos profissionais da área de saúde que tem sua carga horária regulamentada em lei, sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei nº 8.856, de 01 de março de 1994 (BRASIL, 1994). A maioria dos outros profissionais da saúde, como os enfermeiros, tem sua carga horária diversificada, sendo a mais comum 40 horas semanais.

Nesta categoria em conformidade com a lei, encontra-se de maneira uniforme as falas dos fisioterapeutas, apontando para o cumprimento da carga horária semanal das 30 horas, como está preconizado em lei:

É a carga horária que é estabelecida pelo conselho, de trinta horas. (P1)

A nossa carga horária é a que a lei determina: trinta horas semanais. Nunca excede esse tempo. (P2)

Dentro do previsto: trinta horas semanais. Não tem o que questionar, não. (P6)

Está adequada. Segue a lei de noventa e quatro, às trinta horas semanais. (P7)

É compatível com a lei [...]. (P8)

Carga horária conforme a lei: são trinta horas semanais. (P14)

Não é cansativa, segue o que está na legislação: às trinta horas. (P15)

Embora a carga horária do fisioterapeuta seja de 30 horas semanais, este profissional comumente tem mais de um vínculo empregatício, perfazendo na realidade até 60 horas semanais. Cabana *et al.* (2007), mostraram em seu estudo com médicos que jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais são um fator de risco para saúde e um indicador de precarização da vida desses profissionais e, provavelmente, dos atendimentos realizados por eles.

Garcia e Sousa (2019), em sua pesquisa com enfermeiros, corroboram com o estudo de Cabana *et al.* (2007), ao afirmar que o acúmulo de tarefas pode comprometer o desempenho e atuação do profissional, podendo afetar o seu pleno exercício de trabalho, provocando uma

sobrecarga. Estes resultados podem ser inferidos aos fisioterapeutas, pois todos são profissionais da área de saúde.

Os profissionais da saúde estão expostos a muito estresse durante o desempenho de suas funções, principalmente os que trabalham no ambiente hospitalar, por se tratar de um setor de cuidados mais complexos. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) o estresse ocupacional é uma importante questão de saúde mundial, gerando um sério impacto negativo na saúde física e mental dos trabalhadores, interferindo na produtividade de suas atividades, e até mesmo em afastamento laboral (CARLOTTO *et al.*, 2015).

Os fisioterapeutas no desempenho de seu trabalho no hospital, estão expostos a riscos e cargas ocupacionais que podem prejudicar sua qualidade de vida e resultar, inclusive, no surgimento das doenças relacionadas ao trabalho. Essas doenças podem trazer insatisfação e infelicidade ao profissional na sua atividade diária (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Oliveira *et al.* (2019), acrescentam que estar insatisfeito com a sobrecarga de trabalho e condições de trabalho precárias, podem ocasionar exaustão física e mental, influenciando na produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos usuários.

5.2.2.7 Equipamentos de trabalho e materiais descartáveis para o atendimento

De acordo com Garcia *et al.* (2012), no processo gerencial na área da saúde um dos setores mais complexos e de maior custo, que exige constantes atualizações devido as mudanças e surgimentos de novos produtos é a área de gestão de equipamentos e materiais hospitalares. Um ambiente onde há recursos materiais e humanos adequados para o funcionamento e atendimento da demanda é essencial para reduzir o estresse no trabalho (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Nesta classe temática, buscou-se avaliar nas falas dos fisioterapeutas questões sobre equipamentos de trabalho e materiais descartáveis utilizados durante os atendimentos.

Na categoria boa quantidade de equipamentos, as falas mostraram que existe um bom número de aparelhos que podem ser usados pelos fisioterapeutas durante o atendimento de seus pacientes nas enfermarias:

Nós temos uma quantidade de aparelhos [...]. (P1)

Eu acho que o HU aqui da clínica médica tem um bom arsenal de equipamentos. Comparado com outros HUs que trabalhei, aqui é bem equipado. (P5)

[...] para realidade do nosso estado e quando eu vejo outros serviços, aqui a gente é privilegiado quanto ao número de equipamentos. (P6)

Os que tenho, hoje, a minha disposição são suficientes para que eu realize o meu trabalho. (P10)

Nas enfermarias, os dispositivos fisioterapêuticos mais utilizados nos atendimentos são os aparelhos para ventilação não invasiva, e dispositivos cinesioterapêuticos para o estímulo da parte motora do paciente.

Na categoria demanda não suprida de equipamentos, as falas evidenciaram que nas enfermarias tem equipamentos para a prática da fisioterapia, mas o quantitativo desse aparato não é suficiente, principalmente se tiver grande demanda de pacientes:

[...] devido à demanda de pacientes e a complexidade, eu acredito que deveríamos ter acesso a mais equipamentos, principalmente interfaces de ventilação invasiva (VNI) que precisam ser renovadas. (P1)

Ainda falta um pouco, não tem uma quantidade suficiente para fazer todos os atendimentos. (P2)

Eu acho que deixa à desejar... (P3)

Não tem, assim, muito equipamento, não. (P4)

Poderia ter mais recurso. A gente entende que serviço público tem defasagem em recurso financeiro, mas precisava melhorar mais. (P8)

Sim, a gente tem um material de fisioterapia, mas não é totalmente suficiente. [...] Não tem um material suficiente, a gente acaba fazendo com as próprias mãos. (P12)

Está pouco, não é muito não. (P13)

Segundo Santos *et al.* (2018), devido a precarização do trabalho, ocorre a falta, insuficiência e/ou inadequação dos recursos materiais para realização da atividade laboral; influenciando o trabalhador a lançar mão de artifícios a fim de dar cabo a tarefa, surgindo as adaptações e as improvisações, que são muito comuns no ambiente hospitalar.

Outra fala interessante dentro desta categoria, corrobora com o que Santos *et al.* (2018), citam:

[...], inclusive tem até algumas coisas que a gente tem no setor que a gente tenta utilizar com esses pacientes: a gente tenta fazer um haltere, a gente usa therabands, então a gente usa da nossa idéia, da nossa imaginação a gente cria o nosso atendimento. (P3)

Tentando minimizar os impactos dessa situação no desenvolvimento do trabalho, profissionais da saúde, buscam através da inteligência astuciosa ou prática, superarem

obstáculos e dificuldades encontradas na dinâmica laboral. Essa inteligência, através da mobilização de um conhecimento peculiar inerente de quem conhece profundamente a prática profissional, intrinsecamente ligada à criatividade, auxilia os trabalhadores a formularem estratégias e táticas interessantes para driblar dificuldades e obstáculos advindos do trabalho real (SOUZA *et al.*, 2009).

Na categoria fornecimento adequado de materiais pelo hospital, encontramos falas que denotam a não ocorrência da falta de materiais descartáveis utilizados para o atendimento de pacientes, o que é algo positivo, por esses materiais servirem de forma sine qua non na prática de qualquer profissional da saúde, principalmente aqueles inseridos no âmbito hospitalar, como no caso dos fisioterapeutas que atendem nas enfermarias:

Não, não falta. (P3)

Tem, nunca falta não, é difícil. (P4)

Tem, todo material que a gente precisa tem. (P5)

Isso sempre tem, sem problemas. (P8)

Na maior parte do tempo é suficiente, raramente falta. Da para atender tranquilo. (P11)

Sempre tem, não falta. (P13)

Esse material tem, supre a necessidade. (P14)

Tem sempre esses EPIS, não falta. (P15)

A utilização de materiais descartáveis previne e diminui as taxas de infecções hospitalares, devendo o profissional estar paramentado com os equipamentos de proteção individual (EPI), os quais fazem parte dos materiais descartáveis (FERREIRA *et al.*, 2017).

A categoria ausência eventual de materiais, evidencia que existem momentos esporádicos de falta desses materiais:

Esporadicamente ocorre uma falta. (P1)

Já ocorreu de faltar os EPIS, não é sempre, mas ocorreu de faltar algum material, luva de procedimento, avental. (P2)

Veza ou outra, em algum período que fica em falta. (P5)

Na maioria das vezes tem, mas algumas coisas como óculos não me deram. (P7)

Numa eventualidade se falta capote ou máscara N95, mas isso não é regra e sim exceção. (P7)

Tem, esporadicamente falta, mas de rotina não temos problema com isso não. Mas já aconteceu de chegar um dia e não ter uma máscara. (P9)

Na pesquisa de Dibai Filho *et al.* (2010), sobre o perfil dos fisioterapeutas da unidade de terapia intensiva, eles encontraram no discurso dos fisioterapeutas a categoria materiais e equipamentos, com falas que referiam falta de material básico, como luvas de procedimento e gaze; falta de alguns equipamentos para ventilação não invasiva (VNI), máscaras de VNI, fixadores e outros, o que corrobora com as falas dos fisioterapeutas do presente estudo.

Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de atividades assistenciais aos pacientes. A escassez de alguns destes, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços (GARCIA *et al.*, 2012).

Segundo Souza *et al.* (2009), o trabalho nos hospitais da rede pública de saúde é marcado pela intensa insuficiência de insumos hospitalares. Esta insólita situação passa por injunções políticas, econômicas, entre outros determinantes, estreitamente vinculadas às políticas dirigidas ao enxugamento da máquina pública, as quais, em última instância, conduzem à precarização do trabalho.

5.2.2.8 Segurança física

Os índices de violência no Brasil vêm aumentando a cada ano, o que leva os diversos setores sociais a desenvolver medo e insegurança. O ambiente de trabalho também é afetado pelo crescimento da violência. Neste sentido trabalhador é considerado como um dos que estão sob alto risco em todos os espaços de trabalho incluindo o ambiente hospitalar (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

Na classe temática segurança física, buscou-se nas falas do fisioterapeuta compreender como se encontra este assunto no seu ambiente de trabalho, e chegou-se à categoria sentimento de segurança no trabalho, onde as falas explanaram que o fisioterapeuta se sentia seguro em seu ambiente laboral:

Me sinto segura, em todas as portarias sempre tem um guarda, sempre tá. (P3)

Sinto segura, não me sinto insegura. (P4)

Me sinto seguro em vir trabalhar aqui. (P7)

[...] em termo de segurança, quanto a violência, é tranquilo. (P10)

Eu acho seguro, eles são bem rígidos com relação a isso. (P13)

Na pesquisa de Costa, Borges e Barros (2015), avaliou-se o fator “Violência”, e os dados apontaram que os participantes consideravam adequadas as condições de trabalho sob esse aspecto, cujas respostas significam que o participante nunca esteve exposto ou esteve raramente exposto à violência, o que corrobora com as falas dos fisioterapeutas em se sentirem seguros.

Vasconcellos, Abreu e Maia (2012), em sua pesquisa, identificaram quais os tipos de violência ocorreram no ambiente hospitalar contra os profissionais da enfermagem, sendo que 4,3% foram vítimas de agressão física, 100,0% vítimas de agressão verbal, 30,4% de assédio moral, 4,3% de assédio sexual e 13,0% de discriminação social. Eles também relataram quais eram as fontes geradoras do ato de violência, apontando que em 87,0% era a família do paciente, em 52,2% o próprio paciente, em 34,8% colegas de trabalho de outra categoria profissional, em 21,7% a chefia imediata e 17,4% um colega da mesma categoria profissional.

Outra categoria formulada nesta classe temática foi condições deficientes de segurança, onde os fisioterapeutas descrevem não se sentirem seguros no trabalho, seja por não ter um agente de segurança fixo na enfermagem, ou devido ao turno de trabalho ficarem mais propensos a ocorrência de algum incidente:

Se for parar e analisar não tem segurança nenhuma física, apesar de agora passar por aqui um guarda que vai e volta, mas não te dá garantia nenhuma, porque é só no momento que ele passa e se acontecer algum problema a gente não tem nenhuma proteção. (P6)

Não me sinto segura. (P8)

Eu sinto que dependendo do turno, feriado, por exemplo, eu acho que ficamos muito propícios a um assalto, porque a pessoa bota um jaleco branco, entra. Se tiver boa aparência e com jaleco, ele adentra o hospital, então eu acho que a segurança tem que melhorar. (P8)

Não me sinto segura em trabalhar aqui, porque, assim, não vi nada que pudesse me causar susto, mas já ouvi muita coisa como, por exemplo: de um paciente que surtou e disse que ia matar todo mundo. Aqui não tem segurança suficiente para isso; outra história que tem um paciente que está traficando cigarro aqui. Então a gente não sabe. Outro dia tinha uma acompanhante com um canivete e ela mostrou dizendo que era para pegar duas técnicas que ela não ia com a cara delas, quer dizer: cadê a segurança? (P12)

Para Silva, Aquino e Pinto (2014), o setor saúde apresenta algumas singularidades, pois muitos trabalhadores da saúde exercem suas atividades à noite, sozinhos ou de forma isolada, estando sujeitos a um risco maior de violência.

A violência ocupacional causa prejuízo à prestação de assistência ao cliente e ocasiona adoecimento pelo trabalho, e para se protegerem destas situações dentro do ambiente de trabalho, os trabalhadores da saúde lançam mão de estratégias defensivas como, hostilidade ou

até mesmo agressão a outros colegas, negação e distanciamento afetivo dos colegas de trabalho e pacientes (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

O confronto entre profissionais e clientes é uma das situações que pode causar tensão no trabalho dentro dos setores de emergência, fazendo com que esses profissionais se sintam desvalorizados e menos reconhecidos. A agressão verbal vem sendo a mais frequente forma de violência e embora não seja uma forte agressão física, pode a curto e longo prazo trazer sérias consequências ao trabalhador como: afetar a eficiência e qualidade dos cuidados prestados, causar distanciamento em relação ao paciente e aos colegas de trabalho, levar ao questionamento sobre o valor da sua profissão, à depressão, ao sofrimento e conseqüentemente ao adoecimento (SOARES *et al.*, 2019; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

5.2.2.9 Condições de trabalho

As condições de trabalho nas instituições públicas vêm se mostrando influenciadora na saúde de seus profissionais. A crise no sistema de saúde brasileiro, principalmente nos hospitais públicos, não é algo atual, e está associada à conjuntura econômica do país e ao descaso dos gestores públicos em relação à administração da saúde. A gravidade deste problema vem aumentando após a reforma do Estado, tendo em vista que esta preconizou a redução de despesas, principalmente do quantitativo de funcionários públicos (responsabilidade fiscal), propiciando, dentre outros, efeito imediato nos recursos humanos em saúde, o que gerou dificuldades assistenciais e gerenciais, afetando diretamente o quantitativo de pessoal nas instituições hospitalares (MAURO *et al.*, 2010).

No âmbito hospitalar, as condições de trabalho podem ser consideradas em alguns casos inadequadas, devido particularidades do ambiente e atividades insalubres. Acrescentando a falta de qualificação, baixa remuneração, pessoal insuficiente, maior exposição a fatores de risco e convivência de funcionários em regimes trabalhistas diferentes, refletem negativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário e compromete a satisfação do profissional (LIMA JUNIOR; ALCHIERE; MAIA, 2009).

Nesta classe temática encontrou-se a categoria condições adequadas de trabalho, com narrativas que demonstram que as condições de trabalho são consideradas como boas pelos fisioterapeutas:

De uma forma geral, elas são suficientes para eu exercer minha profissão aqui. [...] dentro da realidade SUS, é satisfatório. Assim, supre as necessidades. (P2)

De uma maneira geral, acho que as condições de trabalho estão boas. Não está ruim, não. (P4)

Considero como boa [...]. (P6)

Considero que são boas as condições de trabalho, visto que não há sobrecarga de paciente, a carga horária de trabalho é adequada, os recursos físicos são bem razoáveis, o conforto para repouso, existe. (P7)

Tenho boas condições para exercer meu trabalho. (P10)

Minhas condições de trabalho são boas. (P15)

A saúde no trabalho resulta da interseção entre as características individuais dos sujeitos e de características biopsicossociais. As condições de trabalho podem ser compreendidas como relações no trabalho, a organização do processo de trabalho e as condições em que o sujeito exerce suas atividades (COSTA; BORGES; BARROS, 2015).

Segundo Macedo *et al.* (2018), o trabalho dependendo da forma como é vivenciado, pode trazer prazer ou sofrimento ao trabalhador. Fatores como ansiedade, depressão, grandes exigências, cumprimentos de tarefas em prazos sofríveis, desemprego, alto custo de vida, problemas familiares, concorrência, baixos salários, insatisfação com o trabalho contribuem para que o trabalhador apresente o estresse ocupacional.

Outra categoria formulada foi sobre dificuldades durante a realização do trabalho, dividindo-se na subcategoria desconforto térmico e riscos ergonômicos:

Eu acho que muita coisa precisa ser melhorada, como o desconforto térmico que a gente sofre muito por viver em uma região quente. [...] Então, esse desconforto térmico chega a ser constante no nosso ambiente. (P1)

Uma coisa que a gente reclama é que é muito quente as enfermarias. [...] Não tem uma climatização favorável, então você trabalha transpirando. [...] Você sai cansado por falta de uma ventilação adequada. (P9)

[...] quanto ao desconforto ergonômico, muitas vezes a gente tem essa limitação com relação a ergonomia em alguns locais. (P1).

Costa, Borges e Barros (2015), encontraram em sua pesquisa sobre condições de trabalho, que o fator “Exigência de esforço físico”, era a segunda maior exposição que sofriam os profissionais e que o trabalho em saúde exigia do trabalhador movimentos e posturas que levavam a situações de desgaste, sendo esta característica levada em consideração para o estabelecimento legal da redução da jornada de trabalho dos fisioterapeutas (COSTA; BORGES; BARROS, 2015).

Mauro *et al.* (2010), em seu estudo sobre condições de trabalho em enfermarias, destacam como condições inadequadas ao trabalho de natureza física, a temperatura, umidade, iluminação e audição; e considera ainda a presença de fatores ergonômicos relacionados ao trabalho em turnos, o trabalho monótono e repetitivo e adoção de posturas inadequadas; são condições que exigem muito esforço de adaptação do trabalhador e que na maioria das vezes são ignoradas. Nos resultados da pesquisa, eles encontraram que entre os riscos ergonômicos, aparece o esforço físico, que produz fadiga (50,5%), manipulação de cargas pesadas (41,4%), posturas forçadas para realização de alguma tarefa (49%).

Os fatores ergonômicos, como a repetição de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, fatores organizacionais e psicossociais, e outros fatores, quando associados à intensidade, duração e frequência, podem concorrer para o surgimento de Lesões por Esforços Repetitivos (LER)/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (DUARTE *et al.*, 2012).

5.2.2.10 Satisfação com o trabalho

A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo, por ser influenciado por diversos aspectos relacionados ao trabalho, como aspirações, tristezas e alegrias dos indivíduos, afetando assim sua atitude em relação a si mesmo, à família e ao trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Lima *et al.* (2014), complementam ao referir-se à satisfação como um estado emocional prazeroso que resulta de múltiplos aspectos do trabalho e que pode ser influenciada pela concepção de mundo e pelas aspirações, vivências e características individuais de cada trabalhador.

As verbalizações dos entrevistados formularam a categoria satisfação em trabalhar no ambiente hospitalar, onde eles relatam serem satisfeitos em trabalhar neste ambiente:

Eu sou bastante satisfeita em trabalhar em um hospital universitário, tanto pela parte de recurso como quanto a remuneração. (P1)

Também sou muito satisfeito em trabalhar aqui, gosto bastante dos colegas de trabalho, os profissionais de outras áreas, a enfermagem, equipe médica. [...] Eu pessoalmente me sinto satisfeito em trabalhar aqui. (P2)

Sou satisfeito. Eu gosto da dinâmica do serviço que eu desempenho aqui. Eu gosto. (P6)

Sou bem satisfeito de trabalhar no hospital. (P7)

Eu sou satisfeita, porque eu gosto de trabalhar aqui, nunca imaginei que ia gostar de trabalhar em hospital, mas eu gostei de trabalhar aqui. [...] E eu gosto, principalmente, quando eu vejo a melhora do paciente, quando eu vejo um sorriso no rosto e agradece pelo atendimento, me dá uma satisfação em trabalhar aqui. (P12)

É dez. Eu gosto de trabalhar aqui. (P13)

Me sinto bastante satisfeito, porque em termos profissionais, a gente aprende e evolui bastante. (P14).

Satisfação e insatisfação no trabalho em saúde têm implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada (NOGUEIRA *et al.*, 2019). Indivíduos mais satisfeitos apresentam melhor qualidade de vida e menores índices de adoecimento físico e mental. Satisfação e insatisfação no trabalho influenciam o comportamento do trabalhador, com implicações no processo de adoecimento, nos acidentes de trabalho, nas faltas ao trabalho e nos erros, comprometendo, entre outros aspectos, a segurança dos usuários (LIMA *et al.*, 2014).

Encontrou-se como categoria a insatisfação com o turno de trabalho:

Eu sinto falta, justamente por trabalhar a noite, de trabalhar com exercícios. Eu sinto falta da cinesioterapia que eu fazia quando trabalhava pela manhã. [...] Isso que me trás um pouquinho de frustração, não é do trabalho em si, mas do turno que eu trabalho, do objetivo que a gente tem pra noite, isso trás um maior cuidado vital, mas o que envolve a reabilitação do paciente, o cuidado das AVDS, a gente não faz isso a noite. Pela manhã eu me sinto mais útil. (P6)

As consequências da realização do trabalho no período noturno na saúde do trabalhador manifestam-se como alterações do equilíbrio biológico, dos hábitos alimentares e do sono, na perda de atenção, na acumulação de erros, no estado de ânimo e na vida familiar e social. Trabalhar no período noturno exige que o trabalhador conheça os limites físicos do seu corpo para que a realização da atividade não interfira no processo saúde-doença e, ao mesmo tempo, não comprometa a qualidade da assistência prestada (SILVA *et al.*, 2011).

Silva, Velasque e Tonini (2017), relatam em sua que para alguns funcionários, o período noturno de trabalho é fator de insatisfação devido ao desgaste físico, alteração do ritmo circadiano, tempo insuficiente de sono, redução da capacidade cognitiva e execução de tarefas que podem contribuir para ocorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, além de dificuldades de manter um relacionamento com a família e a sociedade.

Outra categoria formulada foi a insatisfação com a área que atua, sedo exposta pelos fisioterapeutas como a não satisfação em atuarem em áreas que não são de sua afinidade:

Parcialmente (satisfeito), porque o hospital tem uma característica de ensino até relativamente boa, mas por ser hospital universitário peca um pouco na parte de pesquisa, então eu me frustro um pouco quanto a isso. [...] Quando vim para cá tinha muito interesse nessa vertente (pesquisa), mas o serviço deixa à desejar. (P7)

Eu não digo que me sinto motivada, porque é como eu falei: a minha área de atuação é a neurologia e aqui eu não tenho tido esse tipo de paciente, então eu não estou fazendo um trabalho que eu me preparei a vida toda, minha experiência toda. [...] Aqui eu faço a obrigação que tem que atender. Não estou satisfeita, porque não é minha área de atuação. (P9)

Um baixo nível de satisfação dos profissionais no trabalho pode afetar o relacionamento com os usuários e interferir no próprio tratamento oferecido, e existe ainda, uma associação negativa entre a satisfação profissional e sobrecarga de trabalho, ou seja, a medida que uma aumenta a outra diminui (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

5.2.2.11 Remuneração salarial

Dentre os principais fatores associados à motivação dos colaboradores em uma organização, encontram-se a remuneração e os benefícios sociais, as condições físicas e psicológicas do trabalho e a segurança no ambiente laboral (CARVALHO *et al.*, 2013).

Nesta classe temática foram encontradas duas categorias divergentes, a remuneração acima da média e a baixa remuneração, apontando para importantes diferenças salariais entre os hospitais.

A categoria remuneração acima da média, foi descrita nas falas dos fisioterapeutas como o recebimento de remuneração acima da regularmente praticada no mercado:

Diante da realidade de outros vínculos da nossa profissão, é uma remuneração que está acima da média. [...] Mas em relação à média da categoria, eu acredito que está acima da média. (P1)

A minha remuneração em relação a outros hospitais, em relação ao estado e a prefeitura, ela é uma boa remuneração, inclusive a rede privada. (P2)

Já trabalhei em vários outros lugares e comparando com esses lugares e a quantidade de serviço que a gente tem, eu acho que a remuneração aqui está boa. [...] Eu estou satisfeita com meu salário. (P5)

[...] quando a gente compara com outros serviços, aqui se paga melhor. (P6)

Adequada (remuneração). (P7)

A valorização profissional em sua maioria é tratada de forma secundária, dentre os gestores de saúde, que muitas vezes citam a valorização profissional, mas tratam estas medidas de forma secundária no processo de gestão, uma vez que a valorização salarial e bem-estar

psíquico, social e profissional do trabalhador da área de saúde são ignorados (VIEIRA FILHO *et al.*, 2018).

Segundo a Federação Nacional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO), o piso salarial mensal de um fisioterapeuta é cerca de R\$ 2.645,00 reais para uma carga semanal de 30 horas de trabalho. Num ganho intermediário o profissional pode alcançar o salário na faixa de R\$ 4 a 5 mil. No auge da carreira (que, geralmente, é alcançado após cinco ou seis anos de exercício da profissão) e dependendo do local onde o fisioterapeuta trabalha, o salário mensal chega a R\$ 10 mil, podendo variar para mais ou para menos.

Na categoria baixa remuneração, os fisioterapeutas mostram descontentamento com seu salário apontando para desvalorização do profissional:

Eu acho que o trabalho que é realizado pela fisioterapia não é recompensado financeiramente. [...] acho muito pouco o que se ganha, por isso, às vezes nos deixa insatisfeita [...]. (P4)

Vinte e sete anos de serviço público e, se fizer uma equivalência como o salário mínimo, eu ganhava três vezes de salários mínimos, e hoje, vinte e sete anos depois, ganho 1 vez de salário mínimo. Eu ganhava melhor quando entrei do que agora. [...] É péssimo. Porque se ver que você atua numa área mais complexa, seu salário deveria ser diferenciado e não é. [...] eu não tenho reajuste salarial, então o que adiantou me qualificar se isso não é valorizado. (P8)

Muito ruim. Desvalorização imensa do profissional. [...] Insatisfação total. [...] o salário é muitíssimo baixo e há muitos anos que não tem aumento. (P9)

Acho baixa, pequena, pouca, ridícula, medíocre. (P10)

É uma remuneração baixa. A profissão poderia ser mais valorizada. (P11)

Infelizmente a gente é mal remunerado [...]), muito ruim. Não estou satisfeita. (P12)

A remuneração é complicada. Acho bem baixa. Não é satisfatória. (P14)

O fisioterapeuta vem de uma formação profissional voltada a busca contínua do bem-estar do indivíduo. Sua atuação principal é na reabilitação, promovendo o restabelecimento de funções acometidas por lesões e/ ou doenças. Porém, devido baixas remunerações do mercado, sua rotina pode estar submetida a árduas jornadas de trabalho e plantões sequenciados o que pode gerar resultados negativos para a saúde física do profissional (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Na pesquisa de Nogueira *et al.* (2019), com profissionais da saúde como médicos, enfermeiros e técnicos; encontrou taxas altas de insatisfação com a remuneração chegando a 100% de insatisfação para categoria técnicos de enfermagem. Guedes *et al.* (2013), corroboram ao encontrar nos resultados de seu estudo, que profissionais da saúde consideram a remuneração

salarial injusta e insatisfatória em contrapartida às responsabilidades assumidas. Outro ponto relevante, é a questão de insatisfação salarial devido disparidade entre as categorias de profissionais, o que vem a salientar que essa pode ser uma das causas de maior insatisfação para os profissionais de saúde.

Carvalho *et al.* (2013), salientam que a remuneração é um item que atua como estímulo para que o colaborador se sinta satisfeito e motivado com suas atividades profissionais, ao passo que, quanto mais satisfeito, desempenhará com mais afinco e eficácia suas atividades dentro da organização. A remuneração é um aspecto responsável pelo desempenho, motivação e satisfação no trabalho, porém é comumente citado pelo profissional de saúde, como causador de preocupação e insatisfação no trabalho (SILVA; VELASQUE; TONINI, 2017).

5.2.2.12 Estabilidade do vínculo empregatício

Dentro desta classe temática, encontrou-se duas categorias: condições estáveis do vínculo, e condições instáveis do vínculo.

Na categoria condições estáveis do vínculo, os fisioterapeutas delegam tal circunstância em suas, por serem concursados nos seus vínculos empregatícios:

[...] como prestei um concurso para estar aqui, eu acredito que tenha uma estabilidade. [...] enquanto ela (empresa) existir, eu tenho estabilidade aqui, pois sou um bom profissional e desempenho a minha função com maestria. (P2)

Sinto que tenho estabilidade, sou concursada. (P9)

Eu me sinto segura. Acho que tenho boa estabilidade. (P13)

Por outro lado, na categoria condições instáveis do vínculo, evidencia-se a insegurança do vínculo por tratar-se contratação temporária ou celetista:

A gente sempre fica receoso. Aquele profissional que trabalha em regime de CLT sempre tem esse receio de perder o vínculo, [...]. (P1)

Profissional CLT não tem estabilidade. (P2)

Abro um parêntese grande: é um emprego estável de acordo com a maré política, como prestador de serviço. [...] durante um tempo existe estabilidade e após a mudança dos ventos políticos deixa de existir esta estabilidade. Não tenho sentimento de estabilidade. (P10)

Como prestadora de serviço é muito instável. Não é uma coisa que a gente tem garantia. (P11)

Não tenho estabilidade de forma alguma. Serviço prestado está hoje aqui e amanhã pode não estar. (P12)

Não sinto estabilidade nenhuma. (P14)

Não, porque não é concurso. A gente é meio em regime de CLT, não tem estabilidade. (P15)

A experiência da precarização do trabalho no Brasil é fruto do Estado neoliberal globalizado, calcado na exploração da força de trabalho, no desmonte dos coletivos organizados e da resistência sindical-corporativa, intensificada a partir da década de 1990 (SOUZA; SALDANHA; MELO, 2014).

De acordo com Vasconcellos, Abreu e Maia (2012), o contrato temporário com o hospital pode reduzir o envolvimento do trabalhador com o serviço, uma vez que quando o profissional contratado se torna integrado ao cotidiano do hospital e é capaz de reivindicar melhorias para seu trabalho expira o prazo contratual. Outro aspecto que sofre prejuízos com o término do contrato é a questão técnica, devido à substituição do profissional capacitado e adaptado ao serviço por outro muitas vezes inexperiente.

Questões como a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades, implicando em alta rotatividade dos profissionais de saúde no Brasil (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010).

5.2.2.13 Assistência fisioterapêutica

Nesta classe temática foram encontradas seis categorias: conduta diante solicitação do paciente; escuta do paciente; horário de atendimento; duração do atendimento; quantidade de atendimentos por paciente; e contribuição da fisioterapia.

Na categoria conduta diante a solicitação do paciente, percebeu-se que alguns fisioterapeutas, atendem prontamente a solicitação que foi feita:

Eu sempre procuro garantir uma assistência fisioterapêutica integral para o paciente. [...] Qualquer auxílio, qualquer pedido, eu procuro sempre atender. (P1)

[...] a gente sempre dá um jeitinho para fazer o atendimento. (P3)

Sempre tento ajudá-lo, ao máximo. [...] e eu sempre tento estar ajudando no que eu posso. (P4)

Quando o paciente solicita o atendimento, a gente presta esse atendimento, imediatamente, como é solicitado. (P11)

A gente atende. (P13)

Tentaria solucionar o problema. [...] tentaria da melhor forma solucionar o pedido. (P15)

Enquanto outros fisioterapeutas, primeiramente, avaliam o pedido antes de se posicionar:

Se ele me solicitar algo que esteja dentro dos meus objetivos traçados para este paciente, sim, eu atendo a solicitação dele. (P2)

Eu avalio se a solicitação dele é necessária e, se for necessária, eu atendo. (P5)

Na medida do possível a gente atende. [...] se houver a necessidade do paciente e ele comunicar a fisioterapia, não há problema nenhum em atuar de forma diferente ao que já se faz de praxe na fisioterapia. [...] a gente faz, se o paciente pedir e houver a necessidade do paciente. (P6)

Vou fazer a avaliação imediata e, mediante a avaliação, decido qual a melhor conduta e, obviamente, se precisa alguma conduta ser tomada. [...] tento, ao máximo, suprir a necessidade do paciente. (P7)

Se eu achar que é pertinente, que ele está em boas condições de aguentar, não vai trazer nenhum prejuízo a ele, eu faço. (P9)

Diante da necessidade do paciente eu vejo a possibilidade de ser feita e faço assim que possível. [...] geralmente eu realizo o que foi pedido, se for cabível dentro da conduta do fisioterapeuta. (P10)

Eu analiso se ele realmente precisa disso que ele me pediu, solicitou, e caso ele precise eu vou e realmente realizo. (P12)

Vai ser de acordo com a avaliação que eu fizer nele, de acordo com o dia, se há possibilidade eu realizo [...] mas sempre tento atender à solicitação do meu paciente. (P14)

Avaliar a necessidade do paciente e vê-lo de forma holística, tentando compreender suas necessidades, contribui imensamente na qualidade da assistência, em consonância com Oliveira, Baptistella e Taglietti (2019), ao afirmarem que um atendimento baseado na receptividade se faz cada vez mais importante, ganhando proporção significativa e bons resultados na relação profissional-paciente, consistindo em ser compreensivo, sem demonstrar insignificância e preconceito, respeitando o querer e o saber do outro.

A categoria escuta do paciente, identificou que esta prática é realizada de forma atenciosa, pertinente e corriqueira, durante a assistência ao usuário:

Com atenção ao que ele fala. (P1)

Eu sempre começo conversando, perguntando como ele está, para poder iniciar a minha conduta. (P4)

Eu dou atenção a ele, escuto a queixa dele, mesmo que o que ele fale não tenha vinculação direta com seu problema de saúde dele. (P7)

Esse paciente que já vem passando por esse tempo de espera a gente tem que ter uma escuta para as queixas deles. [...] eu acho que, também, não cabe à gente se negar a ouvir, mas ouvir de forma atenciosa e dar alguma informação a ele. (P8)

Eu presto muita atenção. [...] é uma coisa que eu valorizo bastante. [...] eu tento ter o máximo de informação: o que ele tá se queixando no dia, quais as principais dificuldades que ele está enfrentando. (P9)

Eu sempre pergunto ao paciente como ele está e quase sempre essa queixa vem junto à resposta do paciente e, dessa forma, tento conduzir a conversa para o melhor direcionamento possível. (P10)

Sempre escuto, gosto sempre de escutar o paciente. [...] eu já vou logo perguntando como ele está, se dormiu bem, o que ele está sentindo. [...] tenho essa conversa, esse feedback, geralmente é assim em todo atendimento. [...] o atendimento é uma conversa também, eu vou atendendo e conversando com o paciente. (P12)

Escuto com atenção, com certeza (P15).

A comunicação é de extrema importância para que haja uma boa interação entre terapeuta-paciente, ouvindo cuidadosamente e atenciosamente, dispondo-se de tempo aos questionamentos realizados, mostrando que o paciente não é um simples objeto que necessita de atendimento, mas sim, um ser humano que precisa ser tratado como tal; no estudo de Oliveira, Baptistella e Taglietti (2019), eles identificaram que os fisioterapeutas sempre dialogavam com os pacientes, de modo que proporcionavam uma terapia mais aconchegante, na qual os pacientes se sentiam mais à vontade.

Outra categoria encontrada nesta classe temática foi horário de atendimento do usuário, sendo distribuído pela disponibilidade do paciente:

O horário de atendimento a gente procura adequar aos horários da alimentação do paciente e dos atendimentos por outros procedimentos que ele realiza. (P1)

[...] a gente procura ir ao paciente, mas, às vezes, já está sendo atendido por outro profissional e, então, você não pode atendê-lo naquela hora. [...] então eu procuro ir depois que essa rotina é feita ou um pouco antes. (P2)

[...] dependendo da disponibilidade do paciente, que às vezes está no banho, está se alimentando, depois a gente retorna. (P3)

Eu tenho mais dificuldade de atender eles pela manhã por conta das rotinas. (P5)

Na parte da manhã como tem banho, café da manhã entre outros, eu atendo mediante intercorrência e disponibilidade. (P7)

[...] não vão ser todos no mesmo horário, então vai ter momentos que vão ser ruins porque tem visita, está no banho, na alimentação, então vai depender da disponibilidade. (P14)

Como pela gravidade de seu quadro:

A gente foca nos mais graves [...] os (pacientes) respiratórios, que estão em Venturi, catéter, a gente prioriza mais esses pacientes. (P3)

[...] paciente traqueostomizado, paciente de dreno, paciente que necessita um pouco mais de atenção, eu vou para esse paciente primeiro. (P4)

Eu vejo a questão do horário de atendimento conforme a demanda e a gravidade do paciente. (P8)

Eu, particularmente, gosto de atender no início do plantão os pacientes acamados, os mais graves. (P10)

Eu vou primeiro nos mais graves. [...] no primeiro horário, os pacientes mais críticos. Os semicríticos, no segundo horário e, os pacientes mais independentes, no terceiro horário. (P12)

O atendimento da fisioterapia aos pacientes hospitalizados, traz vários benefícios como a prevenção do declínio funcional, evitando redução da força muscular, prevenindo a fraqueza e hipotrofia, complicações pulmonares, síndrome do imobilismo; diminui o tempo de internação e o risco de infecções. A fisioterapia é fundamental nesses pacientes como recurso para e recuperação da capacidade funcional (PACHECO; MONTE, 2019).

A categoria duração e quantidade de atendimentos por paciente, evidenciou que ocorria conforme a necessidade e gravidade do paciente:

Geralmente, dependendo da gravidade do paciente, faz dois atendimentos por dia. (P1)

Varia muito de acordo com o paciente. [...] tem pacientes que a gente demora mais tempo, porque o paciente requer mais cuidados. [...] os mais graves, atende manhã e de tarde, e ainda tem o plantonista noturno, então são três atendimentos por paciente. (P2)

Os mais graves a gente tenta atender duas a três vezes por dia. [...] depende dos pacientes. [...] os mais restritos a gente demora mais um pouco. (P3)

Isso depende muito da condição clínica do paciente. [...] existe situação que o paciente que a gente está atendendo só necessita de uma monitorização, por exemplo, mas, em outras situações, a gente passa bastante tempo, se a condição clínica estiver agravada ou tiver uma intercorrência. (P6)

O paciente pode ser atendido uma vez ao dia ou 10 vezes ao dia dependendo da necessidade. (P7)

Vai depender da necessidade do paciente. (P8)

Depende do meu paciente. [...] se o paciente exige um cuidado maior em relação ao uso de uma técnica, isso necessita de um tempo maior de atendimento. (P10)

É muito relativo, porque vai de acordo com cada paciente. (P11)

Quando é paciente mais grave, traqueostomizado, que precisa aspirar, demora mais um pouquinho, uns vinte minutos, trinta minutos, mas quando é um paciente mais cooperativo, dura uns quinze minutos. (P13)

A gente tenta dar mais atenção a quem mais precisa (P14)

Varia de acordo com a complexidade de cada patologia [...], mais comprometidos, a gente demora mais. (P15)

Quão mais grave se apresenta o paciente hospitalizado, maior a necessidade de algum tipo de assistência fisioterapêutica; e Alves (2012), comprovou em sua pesquisa que, a eficácia das técnicas fisioterapêuticas reforçam a importância da fisioterapia no âmbito hospitalar.

O fisioterapeuta atua nas mais diversas patologias, seja de origem neurológica, cardíaca, hemodinâmica, respiratória ou motora; e nas enfermarias hospitalares, esse profissional ajuda a minimizar os efeitos deletérios que o tempo de internação hospitalar provoca nos pacientes, repercutindo numa melhor qualidade de vida e redução da mortalidade pós-alta hospitalar (FERREIRA *et al.*, 2017).

A categoria contribuição da fisioterapia, os profissionais foram unânimes em dizer que contribuía de maneira significativa e promovia melhora na saúde e qualidade de vida do usuário:

Eu acho que a fisioterapia tem contribuído muito para recuperação desses pacientes hospitalares. (P1)

Claro, obviamente contribui. Aqui, a fisioterapia diminui tempo de internação, melhora a qualidade de vida desse paciente. (P2)

Contribui, principalmente quando o paciente está restrito. (P3)

Eu acho que de uma maneira geral o fisioterapeuta, aqui, no ambiente hospitalar, faz muita diferença na vida dele. [...] a fisioterapia contribui muito. (P4)

[...] a fisioterapia hospitalar melhora bem o quadro do paciente hospitalar. [...] a gente auxilia bastante, o que melhora a qualidade de vida do paciente. (P5)

É de importância significativa. (P6)

Contribuição total, melhor possível. [...] a relação com a capacidade funcional e tempo de internamento é muito forte, então, a fisioterapia, dentro de todas as condutas possíveis, ela melhora muito a capacidade funcional do paciente, conseqüentemente, reduz tempo de internamento. (P7)

Contribui com certeza. (P8)

Eu acho que é fundamental. A gente vê grandes resultados, como: retirar mais rapidamente o paciente do leito; diminui as complicações músculo-tendinosas, encurtamentos, escaras; a própria recuperação da capacidade respiratória. (P9)

Extremamente necessário, a reabilitação e o cuidado feito pelo fisioterapeuta. (P10)

Realmente, contribui muito, [...] melhora muito a situação do paciente, a condição física. Acho que é muito válido. (P11)

De fundamental importância, a fisioterapia. Com certeza. Contribui bastante. (P12)

Contribui, com certeza. (P13)

Acho que é vital, que é fundamental e contribui muito. (P14)

A fisioterapia é de suma importância. E, com certeza, a fisioterapia contribui com melhora na força, no ganho de massa, essas coisas, com certeza contribui muito. (P15)

Para Ferreira *et al.* (2017), a atuação do fisioterapeuta nas enfermarias hospitalares buscava diminuir as consequências do imobilismo, reduzir o tempo de internação hospitalar, diminuir complicações que a internação ocasionava nos sistemas osteomioarticular, cardiovascular e respiratório; estes autores ainda enfatizaram que o benefício do tratamento fisioterapêutico para o paciente era incontestável.

Diante de todas as falas transcritas e discutidas, percebe-se a complexidade que permeia as condições do trabalho humano, principalmente quando este envolve questões na área da saúde. A crescente complexidade de demandas e responsabilidades advindas do labor e das instituições de saúde, promovem sentimentos tendencialmente ansiogênicos nos profissionais da saúde, que podem ser exacerbados por más condições de trabalho e remuneração.

Buscar o equilíbrio entre o trabalho, a satisfação laboral e a qualidade da assistência, são os desafios que permeiam a relação entre o empregador e o funcionário, sendo aqui inferidos aos hospitais e fisioterapeutas. O equilíbrio nesta relação é indubitavelmente o caminho para o sucesso e melhoria da assistência oferecida aos usuários.

5.3 Percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas enfermarias

Esta seção dedicou-se a identificação e análise das entrevistas feitas com os coordenadores dos profissionais fisioterapeutas e os gestores dos hospitais.

5.3.1 Caracterização dos Coordenadores e Gestores dos Hospitais

Foram entrevistados 5 coordenadores/gestores das unidades hospitalares. Todos os entrevistados eram do sexo feminino, com idade que variou de 31 a 62 anos com média de 45,6 \pm 12,4 anos, sendo que 60% deles tinha mais de 40 anos (Tabela 22). Na pesquisa de Fernandes,

Machado e Anschau (2009), todos os gestores entrevistados também eram do sexo feminino, com idade média de 44 anos; corroborando com os resultados encontrados no presente estudo.

Os estudos de Coelho *et al.* (2015), Santos *et al.* (2016), e Ohira, Cordoni e Nunes (2014), todos os gestores eram em sua maioria do sexo feminino, mostrando a feminização no campo da gestão em saúde. Quanto as idades dos gestores, esses mesmos estudos apontaram que a maioria estava na faixa etária de 21 a 30, excetuando o de Coelho *et al.* (2015), onde a faixa etária principal era de 31 a 40 anos; esses achados discordaram parcialmente do que se encontrou na presente pesquisa, onde os coordenadores/gestores tinham a faixa etária mais alta.

Quanto ao estado civil dos coordenadores/gestores 80% eram casados; e segundo raça/cor, 80% se autodeclararam pardo/moreno (Tabela 22). Na pesquisa de Coelho *et al.* (2015), a maioria com 44% eram casados/união estável; em Santos *et al.* (2016), também eram casadas (47,6%) e se autodeclararam cor da pele branca (85%); resultados semelhantes ao identificado no atual estudo quanto o estado civil, e discordando quanto a raça/cor.

Sobre à escolaridade, verificou-se que todos coordenadores/gestores do presente estudo, possuíam ensino superior completo na área da saúde, e pós-graduação (Tabela 22). Na pesquisa de Fernandes, Machado e Anschau (2009), todos os gestores tinham graduação, mas em Silva *et al.* (2017), e Santos *et al.* (2016), nem todos tinham ensino superior, fato que merece uma ressalva, visto que o cargo de gestão por deter grandes responsabilidades e certa complexidade, necessita de agentes capacitados.

Quanto a formação dos coordenadores/gestores da presente pesquisa, 80% eram graduados em fisioterapia e 20% em enfermagem; e em termos do nível de pós-graduação, 60% possuía especialização e 40% mestrado. O tempo de formado entre os coordenadores/gestores variou de 9 a 36 anos com média $22,4 \pm 10,4$, estando 80 % destes formados a mais de 10 anos (Tabela 22).

O tempo de permanência no cargo de coordenador/gestor variou de 3 a 10 anos com média $6,2 \pm 3,1$.

Tabela 22 - Distribuição das características sociodemográficas dos coordenadores/gestores, 2020.

Faixa etária	Coordenadores/gestores	
	N	%
Menos de 40 anos	2	40
40 anos ou mais	3	60
Nível de pós-graduação	N	%
Especialização	3	60
Mestrado	2	40
Estado Civil	N	%
Casado	4	80
Solteiro	1	20
Raça/cor	N	%
Branca	1	20
Parda	4	80
Tempo de formado	N	%
Menos de 10 anos	1	20
10 anos ou mais	4	80
Total	5	100

Fonte: a autora.

Na pesquisa de Silva *et al.* (2017), identificaram que à formação dos gestores era bastante diversificada, tendo técnicos em enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogo, médico e profissionais fora da área da saúde como professores, administradores, advogado, design de modas, tecnólogo gestão ambiental e um técnico em agropecuária. A média de tempo que estes gestores estavam no cargo foi de 2 anos. Os dados de Santos *et al.* (2016), corroboram com a pesquisa de Silva *et al.* (2017), por também relatarem formação diversificada de seus gestores, e graduação fora da área da saúde.

Sobre o perfil para ser gestor, embora não seja pré-requisito ter curso superior, ou formação na área da saúde, como foi visto nas pesquisas citadas; a função em si, incorpora diversas especificidades pertinentes ao processo de gestão em saúde, de forma especial, o conhecimento sobre o SUS. A complexidade do setor exige conhecimento de gestão específica, objetivando uma tendência a tornar esta função mais profissionalizada, ensejando uma melhora na prestação de serviços. Ohira, Cordoni e Nunes (2014), inclusive concluíram em seu estudo sobre o perfil dos gestores, que faltava profissionalização, capacitação e institucionalização do cargo para o desempenho desta função.

Quanto os coordenadores/gestores da presente pesquisa, com base nas características sociodemográficas identificadas, pode se afirmar que são capacitados para o desempenho da função.

5.3.2 Análise de conteúdo das entrevistas dos gestores e coordenadores acerca da percepção destes sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas enfermarias

Souza *et al.* (2009), afirmam que ao se tratar de qualidade em serviços de saúde, o controle da gestão é fundamental para a eficiência e organização hospitalar, e os gestores devem conhecer a qualidade da assistência ofertada pelo hospital sob sua gerência.

A análise das entrevistas dos coordenadores das equipes de fisioterapia e dos gestores dos hospitais, ocorreu através da categorização das falas, pelo critério semântico em classes temáticas e categorias, relacionadas a percepção dos coordenadores e gestores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas unidades hospitalares estudadas. Este procedimento seguiu a mesma metodologia adotada na análise das entrevistas dos fisioterapeutas, sendo assim também baseada na análise de conteúdo segundo Bardin (1997). Após recorrente leitura e análise do material, as classes temáticas e categorias foram elaboradas, ou seja, a posteriori; e o título de cada classe, categoria e subcategoria, formulado a partir do agrupamento das semelhanças encontradas nas falas. Foram elaboradas 6 classes temáticas, 16 categorias, de acordo com a temáticas da percepção dos coordenadores e gestores sobre a assistência fisioterapêutica oferecida nas enfermarias, contemplando assim um dos objetivos deste estudo (Quadro 9).

Quadro 9: Resumo das classes temáticas, categorias e subcategorias encontradas na análise de conteúdo das entrevistas dos coordenadores e gestores dos hospitais, 2020.

Classes temáticas	Categorias
Qualidade da assistência fisioterapêutica	Assistência de boa qualidade
	Gentileza e humanização do atendimento
	Respeito aos direitos dos usuários
	Ambiência
Condições de trabalho	Condições adequadas de trabalho
	Local para repouso, conforto e condições
	Carga horária
	Quantitativo de fisioterapeutas
	Equipamentos e materiais descartáveis para atendimento
	Segurança física
Satisfação e compromisso dos fisioterapeutas com o trabalho	Remuneração
	Satisfação em trabalhar no hospital
Reconhecimento profissional dos fisioterapeutas	Valorização do trabalho dos fisioterapeutas por outras categorias
Organização e funcionamento do serviço de fisioterapia	Serviço bem estruturado
Assistência Fisioterapêutica	Pontos positivos
	Pontos negativos

Fonte: a autora.

5.3.2.1 Classe temática qualidade da assistência fisioterapêutica

Na classe temática qualidade da assistência fisioterapêutica, os coordenadores/gestores (CG) mostraram suas visões acerca da qualidade do atendimento do serviço de fisioterapia, e da maneira como ele tem sido prestado nas enfermarias aos usuários. Nesta classe foram encontradas quatro categorias: assistência de boa qualidade; gentileza e humanização do atendimento; respeito aos direitos dos usuários; e ambiência.

Na categoria assistência de boa qualidade, todos os coordenadores/gestores concordaram que a assistência fisioterapêutica que estava sendo oferecida nas enfermarias era de boa qualidade:

Na grande maioria a gente recebe o “muito satisfeito” dos pacientes com a qualidade da fisioterapia. [...] então, da enfermaria a gente recebe muitos elogios, então posso dizer que a assistência é muito boa. (CG1)

Eu considero uma assistência muito boa. [...] na rede EBSEH de Hospitais Universitários, somos os únicos que prestam assistência vinte e quatro horas nas enfermarias. [...] a gente tem plantão de domingo a domingo, específico para a enfermaria [...]. (CG2)

É boa a assistência. Hoje ela é boa. (CG3)

Considero de qualidade a assistência, inclusive com a possibilidade da participação de alunos através das escolas conveniadas, tem a oportunidade de somar aos profissionais da casa. (CG4)

Eu avalio como sendo muito boa a assistência, com profissionais muito capacitados, estão sempre se atualizando, buscando novas capacitações [...]. Então, na enfermaria eu avalio como sendo muito bom o atendimento, com profissionais muito bons e que prestam assistência de qualidade, sim. (CG5)

Bonato (2011), afirma que o planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais e o coordenador/gestor deve sempre ter o conhecimento dos processos de trabalho que estão ocorrendo sobre sua responsabilidade. Hospitais são instituições prestadoras de serviços de grande importância social, possuindo alta complexidade e peculiaridade, portanto a prática da “Qualidade” adquire enfoque e diferencial específicos e o coordenador/gestor tem papel relevante neste contexto.

O setor saúde, principalmente instituições hospitalares, exige que se proponha uma avaliação dos seus serviços de saúde, efetuada com o uso de indicadores de desempenho e de qualidade, na perspectiva de monitorar os processos operacionais que auxiliam na tomada de decisão, ter uma ferramenta específica para avaliar o serviço de fisioterapia, ajudaria os

coordenadores/gestores a terem dados mais robustos sobre a qualidade (SOUZA NETO *et al.*, 2019).

Quanto a categoria gentileza e humanização do atendimento, encontrou-se falas sobre orientações para o atendimento humanizado, dadas pelos coordenadores/gestores aos fisioterapeutas:

Então, assim, em questão de gentileza e humanização, a gente pede para sempre se colocarem no lugar do próximo. [...] a gente orienta muito e bate muito em reunião sobre isso [gentileza], [...]. (CG1)

Orientamos questão de apresentação, que dentro da humanização acho que a apresentação do profissional ao usuário, ao paciente, a família, dizer que procedimento ele vai realizar junto ao paciente, se dispor a responder algum questionamento, está dentro da Política de Humanização, na assistência que a gente pretende e tenta construir no dia a dia, isso é fundamental, tanto perpassa pelo coordenador, eu acho até como clima institucional mesmo. O profissional pode sentir isso. (CG2)

Sim, existe uma orientação do atendimento. [...] a gente fica exigindo que se tenha humanização no atendimento. (CG3)

Com certeza orientamos. Inclusive acredito que isso é algo que faz a diferença do profissional. [...] então passamos essas orientações para humanizar o atendimento. (CG4)

Como também falas dos gestores/coordenadores sobre ações promovidas em prol da humanização:

Temos as ações: a gente está sempre falando com os fisioterapeutas, reuniões mensais que a gente sempre frisa muito essa questão de humanização. [...] e nós temos também capacitações mensais, (não que o tema seja sempre esse), que a gente faz com a equipe, e a gente toca nesse ponto de humanização. (CG1)

Existe até uma Comissão para isso [Humanização], e dentro da comissão existe uma fisioterapeuta. [...] eles [Comissão de Humanização] fazem algumas ações aqui no hospital. [...] sempre tem cursos: teve o de humanização; acidente de trabalho; preceptoria; tutoria. (CG2)

Com certeza temos ações de humanização. (CG4)

Identificar na fala dos coordenadores/gestores, a preocupação com orientações e ações como prelúdio de políticas de humanização, são de muita relevância. Manter ações voltadas com o intuito da humanização no atendimento, é compreender a humanização como um processo de desenvolvimento contínuo das pessoas e da realidade social, sendo fundamental para impactar em melhores condições de vida, trabalho e saúde física e mental em diferentes organizações (CORTEZ; ZERBINI; VEIGA, 2019).

A humanização do ambiente hospitalar não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário. Um programa de humanização necessita ser assumido como um processo de construção participativa que requer respeito e valorização do ser humano que cuida, e os coordenadores/gestores tem papel de gatilho para essa prática (BAKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

Continuando nesta temática, foi encontrada a categoria respeito aos direitos dos usuários, com falas que mostravam a preocupação dos coordenadores/gestores quanto à privacidade e não exposição do paciente; confidencialidade das informações; direito a acompanhante; e respeito as escolhas dos pacientes.

As explanações sobre a privacidade e não exposição do paciente, evidenciou o cuidado dos coordenadores/gestores em preservar o usuário durante seu atendimento, tentando com medidas simples como uso de lençol e do biombo, orientar o fisioterapeuta para a conservação da privacidade na enfermaria:

Mas sempre é orientada essa parte da privacidade. [...] a gente já chegou a orientar, exemplo: com um paciente que vai deambular e está de fralda, procurar colocar uma batinha, porque não é porque é paciente e está no hospital que ele tem que se submeter a isso também. (CG1)

A gente trabalha num ambiente com várias pessoas num mesmo espaço, lógico que isso mexe na privacidade do indivíduo, há uma invasão da sua privacidade, mas orientamos que se coloque um biombo e que tente ter cuidado. (CG2)

Quando é um paciente que está acamado a gente orienta que ponha um biombo e faça esse atendimento individualizado, sem ser aquele coletivo. [...] você precisa resguardar o espaço do paciente para que ele diga se pode manuseá-lo, ele está consciente. (CG3)

A questão da privacidade, eu acho que nós temos recursos para que o fisioterapeuta realize os procedimentos preservando a privacidade do paciente. [...] há o inconveniente de ser enfermaria coletiva, mas nós temos como, através de biombo, isolar e fazer com que o profissional realize seus procedimentos respeitando a privacidade do paciente. (CG4)

Corroborando com Barbosa *et al.* (2013), que para a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integral e humana; os coordenadores/gestores tem tentado ver de forma holística o usuário da enfermaria, preocupando-se não apenas com o tecnicismo, mas com a parte humana do ser.

Nascimento *et al.* (2015), encontram no discurso de seus entrevistados problema referente à falta de privacidade, conforto e independência do idoso na unidade de emergência. Diante desses relatos é pertinente colocar que a PNH tem como uma de suas diretrizes a

ambiência, com organização de espaços saudáveis que proporcionem atenção acolhedora, resolutiva e humana. A questão ambiência, será detalhadamente descrita em uma categoria específica mais à frente.

As verbalizações sobre confidencialidade das informações dos usuários, pontuam o cuidado dos coordenadores/gestores em manter preservada informações particulares do paciente:

Tentar não falar muito alto dados do paciente, porque vai ter outro paciente ao lado... (CG1)

[...] Há um cuidado. Não observo divulgação de dados, são resguardados [...] às vezes, dados muito íntimos do paciente são contados ao fisioterapeuta porque, este o atende muitas vezes e isso cria um vínculo, e é preciso ter cuidado com isso. (CG2)

A confidencialidade está ligada a ética profissional, e encoraja o paciente a descrever de forma verdadeira seus problemas. É fato que o vazamento de informações pode ser catastrófico para os usuários dos serviços de saúde e seus familiares, uma vez que os danos causados pelo vazamento acidental ou voluntário de dados e informações sigilosas podem ser irreversíveis, além do mais, a confidencialidade pode ser definida como um acordo entre o profissional de saúde e o paciente, no qual as informações colhidas durante o atendimento, não podem ser passadas sem autorização (LUCIANO; BRAGANÇA; TESTA, 2011; SANTOS; SANTOS; SANTOS, 2012).

A carta dos direitos dos usuários da saúde legitima no seu quarto princípio, o respeito aos valores e direitos dos pacientes, descrevendo o direito ao sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo se tiver alguma autorização do usuário (BRASIL, 2011).

Quanto ao direito à acompanhante, foi reconhecido nas falas dos coordenadores/gestores como uma necessidade, principalmente de usuários que precisam de um acompanhamento mais próximo:

[...] sempre tem acompanhante, quando necessário. (CG1)

Se esse paciente tem uma dificuldade física, precisa de uma vigilância respiratória, a gente pode reforçar a necessidade do acompanhante que é até direito do paciente (CG2)

É importante o cuidado com o acompanhante, porque o acompanhante ainda continua dormindo em cadeiras e isso não é adequado, repercuti no cuidado, inclusive, de quem ele cuida. (CG3)

O direito do usuário a acompanhante nos serviços de saúde garante que o usuário em um momento de fragilidade, tenha o apoio de alguém de sua rede social e afetiva que possa argumentar com trabalhadores e equipes de saúde, sobre o processo de cuidado e proteção do usuário contra práticas indevidas, como também, o acompanhante pode auxiliar nos processos terapêuticos (BRASIL, 2011).

Nascimento *et al.* (2015), em sua pesquisa sobre ambiência da emergência ao cuidado do idoso na percepção do profissional de enfermagem, teve resultados que corroboraram com a fala dos coordenadores/gestores do presente estudo, ao encontrar no discurso de seus entrevistados, a importância do acompanhante ao paciente idoso durante sua internação, alegando que quando não há presença deste, o atendimento ficaria mais fragilizado. A visita aberta e direito ao acompanhante fazem parte da PNH, como também é garantida aos pacientes idosos pela Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, em seu art.16, onde ressalta que o idoso tem direito a acompanhante (BRASIL, 2008).

A presença do acompanhante além de fortalecer, na pessoa do enfermo, a sua identidade pessoal e autoestima, pode contribuir significativamente na observação de alterações do seu estado de saúde e prontamente relatar à equipe.

Quanto ao conteúdo das falas sobre as escolhas do paciente, viu-se que os coordenadores/gestores orientavam para o respeito ao desejo do paciente de querer receber ou não o atendimento fisioterapêutico:

Não vai fazer atendimento em ninguém a força. [...] atender a força não. Jamais! [...], a gente respeita sim. (CG1)

Com certeza, a escolha do paciente é respeitada [...] se ele não quiser atendimento, será respeitado. (CG2)

No caderno de textos do HumanizaSUS, a autonomia do usuário é descrita como capacidade de agir deliberado, produzido pelas capacidades de cada um, de seus desejos, interesses e necessidades; e resultante de um plano singular entre a vontade do sujeito e as forças que sobre ele agem (BRASIL, 2011). Na carta dos direitos dos usuários, o consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública, é direito garantido ao paciente (BRASIL, 2011). O usuário deve sempre ter sua vontade resguardada, pois este respeito, reflete na confiança deste na equipe, e inicia vínculos que podem gerir, mudanças em sua postura e maior aderência e aceitação da terapêutica.

Finalizando a classe temática qualidade da assistência fisioterapêutica, encontra-se a categoria ambiência. A ambiência pode ser descrita como ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2011). Nascimento *et al.* (2015), relatam que o conceito de ambiência segue primordialmente três eixos: o espaço que visa a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e o espaço de encontros entre os sujeitos.

Nos serviços de saúde a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas como por outros componentes estéticos ou sensíveis, apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, entre outros (BRASIL, 2011).

Nesta categoria ambiência, os coordenadores/gestores relataram sobre higienização e limpeza; estrutura física; e temperatura das enfermarias.

Acerca da higienização e limpeza, os coordenadores/gestores em seus relatos classificaram como de qualidade satisfatória a limpeza da enfermaria:

Classifico como satisfatória. [...] eu acho legal, eu acho que a limpeza está ok, certo. (CG1)

A limpeza é satisfatória. (CG3)

Acho muito boa a limpeza [...] sobre a higiene, eu acredito que o hospital não deixa à desejar. [...] inclusive, recentemente, passamos pela visita da vigilância sanitária e esse foi um dos pontos atribuídos positivos ao hospital, a questão da higiene e limpeza das enfermarias. (CG4)

Acho a limpeza adequada, satisfatória. (CG5)

A higienização correta do ambiente hospitalar é fundamental na prevenção da infecção hospitalar, atualmente considerada um problema de saúde pública mundial e que se caracteriza pela manifestação de patologias adquiridas no intervalo entre a internação até momentos após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou com procedimentos hospitalares (REZENDE *et al.*, 2019).

Segundo Padoveze *et al.* (2014), as infecções relacionadas à assistência em saúde são altas e repercutem em diversos aspectos, desde a morbimortalidade dos pacientes; o elevado ônus; a disseminação de micro-organismos variados; o desdobramento ruim em termos econômico, social, laboral, familiar, entre tantos outros. É de suma importância que a limpeza no ambiente hospitalar seja feita de forma correta, para que os prejuízos apontados anteriormente, possam ser minimizados e até prevenidos.

Um discurso interessante foi relatado pelo coordenador/gestor 4, pontuando sobre a dificuldade em manter a limpeza:

Em termos de limpeza e higiene, temos algumas dificuldades com nosso usuário, ele tem hábitos que muitas vezes é um complicador para manter o ambiente como a gente gostaria que fosse sempre limpo, sem ter coisas atiradas ao chão. (CG4)

A enfermaria é um ambiente de grande movimento e que concentra grande quantidade de pessoas, por ter a presença de vários tipos de profissionais, residentes, pacientes e seus respectivos acompanhantes. Cada indivíduo deste, agrega valores, costumes e hábitos particulares, que impactam diretamente na limpeza do ambiente.

A limpeza e desinfecção de superfícies são elementos que trazem a sensação de conforto e bem-estar tanto para pacientes, profissionais e familiares que utilizam os serviços, como também é imprescindível no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde devido à redução de microrganismos presentes nas superfícies e no ambiente hospitalar. O ambiente é considerado um importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, em especial para os agentes multirresistentes, que na presença de matéria orgânica favorecem a proliferação de microrganismos e outros vetores tais como insetos e roedores que podem veicular estes agentes também para outros locais (SHIMABUKURU; FERREIRA; FELDMAN, 2015).

Os relatos sobre a estrutura física, nas falas de três coordenadores/gestores evidenciaram a falta de um local mais específico e reservado para a realização da fisioterapia pelos pacientes:

Se for questão de estrutura, a gente precisaria, talvez, aqui, (mas não tem nem espaço no hospital ainda), tipo fazer um centrozinho de reabilitação para atender os pacientes mais ativos, mas a gente já procurou e não tem mais espaço físico aqui no hospital. (CG1)

Não há uma sala específica, por exemplo de atendimento fisioterapêutico, onde a gente possa deslocar aquele paciente mais ativo, os que podem ser deslocados para um ambiente reservado. [...] na enfermaria adulto nós não temos. [...] esse é um objetivo mais para frente, ter esse ambiente com mais recursos, para poder trabalhar separadamente com aquele indivíduo. Então vejo o seguinte: que na estrutura física seria interessante ter ambientes mais reservados e específico para fisioterapia. (CG2)

E, assim, o que a gente sente um pouco de falta é de um local, uma sala no andar que a gente conseguisse montar uma sala de atendimento com um materialzinho, para poder levar o paciente para lá e fazer esse atendimento, trabalhar mais com esse paciente nesse ambiente. É um ideal que a gente tem, conseguir esse espaço na clínica médica. (CG5)

Ter um local reservado para o atendimento fisioterapêutico, na forma de uma sala com instrumentos para reabilitação do paciente, promoveria motivação ao paciente em aderir o tratamento, por se tratar de um local diferente ao que ele está habituado permanecer.

Os dois coordenadores/gestores restantes apontaram que a estrutura física era falha:

Em termo de estrutura eu acho muito falha, tem que melhorar em vários aspectos. (CG3)

Quanto a estrutura física, temos um prédio secular, temos um grande inconveniente das enfermarias clínicas serem enfermarias coletivas e eu ainda digo supercolectivas, são enfermarias em média de seis leitos e isso é um grande complicador. (CG4)

Os recursos são escassos em prol da infraestrutura hospitalar, buscar por melhorias estruturais, são grandes desafios para a gestão.

Concluindo as falas da categoria ambiência, identificou-se que a temperatura no ambiente da enfermaria é elevada:

A questão da temperatura que, às vezes, está elevada. Não tem ar condicionado em todas as enfermarias. (CG2)

O ambiente [enfermaria] é um pouco quente. (CG5)

Temperaturas elevadas implicam em insatisfação do usuário, desconforto dos profissionais e proliferação de microorganismos. Mauro *et al.* (2010), apontaram ventilação insuficiente/inadequada como um risco físico. Estudos destacam a presença do risco físico no ambiente hospitalar, por variáveis como a iluminação, o ruído ou as vibrações e as altas temperaturas. Silva (2018), em sua dissertação aponta a norma regulamentadora 17 de ergonomia, que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Nesta norma se preconiza que a temperatura oscile entre 20 e 23 graus (BRASIL, 2002).

5.3.2.2 Classe temática condições de trabalho

Condições de trabalho se referem à força de trabalho, isto é, às especificidades de quem o realiza, à qualificação exigida, à divisão do trabalho, às relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social). Envolve, também, o ambiente sociotécnico para a realização do trabalho, incluindo instrumentos adequados, em quantidade e qualidade, assim como o conhecimento para operá-los e o espaço físico (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Na classe temática condições de trabalho através da percepção dos coordenadores/gestores foram formuladas oito categorias, sendo estas: condições adequadas de trabalho; local para repouso, conforto e condições; carga horária; quantitativo de fisioterapeutas; equipamentos e materiais descartáveis para atendimento; segurança física; e remuneração.

A categoria condições adequadas de trabalho trouxe a visão unânime dos coordenadores/gestores de que as condições para o desempenho das atividades laborais dos fisioterapeutas, eram boas ou satisfatórias:

Eu acho que as condições de trabalho são satisfatórias. Porque em questão de materiais para atender, a gente está bem completo. (CG1)

Considero uma condição muito boa. Tem repouso nos andares específico para os fisioterapeutas, EPIs a disposição, direitos trabalhistas garantidos, equipamentos para o trabalho do fisioterapeuta. [...] Acredito que o hospital tem uma via aberta para o diálogo, então eu avalio como muito boa as condições de trabalho do fisioterapeuta aqui no Hospital. [...] mas claro, ainda podem ser ampliados as condições de trabalho. (CG2)

O fisioterapeuta tem boas condições, sim. Hoje nós estamos numa situação muito boa na enfermaria. [...] porque antes nós não tínhamos nada (CG3)

Considero boas condições. (CG4)

Considero que temos boas condições de trabalho. [...] vejo a administração com esforço e preocupação em tentar sempre melhorar (CG5)

Garcia *et al.* (2010), perceberam em sua pesquisa sobre humanização da assistência hospitalar na percepção de usuários, profissionais e gestores, que a falta de condições de trabalho retratada no discurso dos gestores, se devia ao número insuficiente de pessoal provocando sobrecarga de trabalho.

Na pesquisa de Costa, Borges e Barros (2015), citaram que a literatura sobre condições de trabalho em saúde apontava que os hospitais eram locais de risco à saúde do trabalhador em decorrência das condições de trabalho. Condições de trabalho são os elementos físicos e psíquicos oferecidos pela instituição que permitem um trabalhador executar suas tarefas da melhor e mais adequada forma possível, sem prejuízos ou dificuldades externas.

Para Ferreira e Pilatti (2012), as condições de trabalhos e o suporte organizacional são compostos por cinco elementos: equipamentos arquitetônicos (piso, paredes, teto, portas, janelas, decoração, arranjos físicos e layout), ambiente físico (espaço de trabalho, iluminação, temperatura, ventilação, acústica), instrumental (ferramentas, máquinas, aparelhos, dispositivos informacionais, documentação, postos de trabalho, mobiliário complementar), matéria-prima

(materiais, bases informacionais) e suporte organizacional (informações, suprimentos, tecnologias, políticas de remuneração, de capacitação e de benefícios). Juntamente com a organização do trabalho, as relações socioprofissionais de trabalho, o reconhecimento e crescimento profissional e o elo entre trabalho e vida social, as condições de trabalho e o suporte organizacional compõem os fatores de vivência de bem-estar e mal-estar no trabalho (FERREIRA; PILATTI, 2012).

A categoria local para repouso, conforto e condições foi retratada na fala dos coordenadores/gestores apontando para a preocupação em ter um local adequado e específico para o repouso do profissional fisioterapeuta:

Inicialmente não havia repouso nas enfermarias, mas hoje, com uma equipe maior, foi pedido e nós conseguimos [...]. Hoje, se tem um repouso com cama, mesa, banheiro individual, ar condicionado. Então o conforto melhorou bastante para os fisioterapeutas. (CG2)

Foi adquirido um repouso, recentemente. [...] hoje, eles têm um repouso adequado com as condições legais, climatização, camas, mesa, cadeiras [...] hoje, eles têm um ambiente só para eles que antes eles não tinham, em termos de repouso acho que está, ok. (CG5)

Estes discursos evidenciaram a preocupação dos coordenadores/gestores com a qualidade de vida relacionada ao trabalho, que está ligada ao bem-estar dos indivíduos em situações de trabalho (ATHAYDE, 2013). Pode-se compreender este constructo como um conjunto de ações tomadas que envolvam a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho.

Outras falas dos coordenadores/gestores sobre local para repouso, indica que este encontrasse junto a outras categorias de profissionais, ou localiza-se fora das dependências das enfermarias:

Existe um repouso multiprofissional e existe aqui na enfermaria. [...] tem sim, o repouso multiprofissional que dá para repousar, então está tranquilo. (CG1)

O repouso da enfermaria é junto com o pessoal da urgência. [...] mas nós temos [repouso], só não é no nosso serviço, é anexado, até porque seria até chato colocar com o pessoal da enfermaria, porque o de lá é muito pequeno. (CG3)

O repouso da fisioterapia está dentro da unidade de terapia intensiva. [...] a gente nem considera como exigível, porque não há o plantão noturno. (CG4)

Abordagens que melhoram a qualidade de vida no trabalho, beneficiariam as instituições na forma de uma força de trabalho mais saudável, menor absenteísmo, rotatividade, número de

acidentes e custo de saúde assistencial, maior produtividade, além de melhor imagem e ambiente de trabalho (ATHAYDE, 2013).

Na categoria carga horária, todos os coordenadores/gestores demonstraram ter conhecimento acerca da legislação que regulamenta a carga horária do profissional fisioterapeuta, e a respeitam:

A gente segue a por Lei que são trinta horas semanais. (CG1)

É trinta horas semanais, e para os plantonistas é feito um cálculo por dias uteis e multiplicado por seis, mas é dentro da Lei. (CG2)

A carga horária é doze horas o plantão, e trinta horas semanais, de acordo com a lei. (CG3)

Nós temos dois tipos de carga horária dentro da equipe de fisioterapia: temos o servidor estatutário que é de vinte horas, e os prestadores que têm carga horária de trinta horas, que é o máximo da carga horária para fisioterapia por lei. (CG4)

É conforme a lei e acho adequada. (CG5)

Ter uma carga horária adequada, resguarda o profissional da saúde quanto o aparecimento de doenças, Robazzi *et al.* (2012), em sua pesquisa sobre alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho, afirmam que trabalho excessivo pode favorecer o aparecimento de problemas físicos e/ou mentais, e os agravos mais encontrados foram estresse ocupacional, síndrome de burnout, distúrbios osteomusculares, além de absenteísmo, acidentes de trabalho, erros de medicação. Rosado, Russo e Maia (2015), corroboram com os achados da pesquisa de Robazzi *et al.* (2012), ao acrescentarem que os seus efeitos do desgaste físico e psíquico dos trabalhadores, pode impulsionar estresse, ausência de hábitos saudáveis, hipertensão arterial, distúrbios do sono, osteomusculares e gastrintestinais.

O fisioterapeuta, pode ser considerado um trabalhador privilegiado, por ter sua carga horária fixada pela legislação em 30 horas semanais, mas é preciso esclarecer que este quantitativo de horas para o trabalho, não foi adquirido pela benevolência dos legisladores, e sim, devido a luta de uma categoria em prol da constatação das condições e esforço físico da prática fisioterapêutica.

Na categoria quantitativo de fisioterapeutas, houve uma divisão das opiniões sobre a quantidade de profissionais, ser suficiente para a demanda de atendimento das enfermarias. As falas de três coordenadores/gestores indicaram que era suficiente:

O que eu posso dizer: eram três fisioterapeutas para cobrir todas as enfermarias e hoje são dez, então eu posso crer que melhorou. [...] todos os anos a gente recebe o conselho e a gente não é notificado por número de pacientes a mais do que o conselho orienta. (CG2)

Na enfermaria nós temos uma realidade diurna tranquila, com dimensionamento adequado. [...] (CG4)

O que tem dá para suprir as duas alas. [...] o quantitativo que a gente tem hoje dá para atender. (CG5)

Enquanto os outros dois coordenadores/gestores, pontuaram que a quantidade de fisioterapeutas não era adequada para a cobertura total dos pacientes internados nas enfermarias, mas apenas para pacientes mais necessitados:

É o seguinte, hoje o quantitativo de fisioterapeutas seria suficiente para a gente atender os pacientes mais necessitados. Se a gente tiver que abordar o geral, e atender todos os pacientes, para isso a gente teria um baixo número de fisioterapeutas nas enfermarias, porque nós temos 80 pacientes. [...] eu acho que está pequeno o corpo clínico da enfermaria, é pouco, necessitaria de mais. (CG1)

Hoje temos vinte e oito leitos nas enfermarias da clínica médica, então eu oriento que se você está naquele dia só, você escolha os pacientes que precisam de uma assistência mais direta e os outros pacientes faça um trabalho coletivo, porque não dá para atender individualmente todo mundo. [...] seria bem melhor se tivéssemos um número suficiente de profissionais, que a gente melhoraria a assistência. [...] é o que eu falo: a falta de profissional. (CG3)

No ambiente hospitalar, a assistência promovida pelos profissionais da saúde tem como objetivo recuperar a condição clínica dos pacientes, a fim de que eles possam retornar as suas realidades com qualidade de vida. O atendimento fisioterapêutico, por conseguinte, é uma terapia que pode evitar os efeitos deletérios da imobilização prolongada no leito do paciente hospitalizado e exerce um papel importante na recuperação desse indivíduo (PINHEIRO; CHRISTOFOLETTI, 2012).

Os pacientes podem sofrer repercussões por meses ou anos após a alta hospitalar devido a imobilidade, com impacto na realização das atividades de vida diária, na qualidade de vida e reintegração do paciente à sociedade. A mobilização precoce no ambiente hospitalar realizada pelo fisioterapeuta, além de acelerar a recuperação do paciente, diminui a duração da ventilação mecânica e o tempo de internação hospitalar (SILVA PISSOLATO; FLECK, 2018; ALVES *et al.*, 2018).

A fisioterapia no ambiente hospitalar teve um rápido crescimento nas últimas décadas, e as pesquisas para comprovação da eficácia de suas técnicas, também reforçam a importância

do fisioterapeuta hospitalar, como também, a ampliação de sua presença durante 24 horas nos vários setores hospitalares, incluindo as enfermarias (NUNES, 2012).

O gestor frente aos benefícios advindos do atendimento fisioterapêutico hospitalar comprovado pela literatura, deveria buscar a ampliação desse serviço, para que se proporcione uma cobertura ampla aos pacientes, por ser uma medida indispensável para melhoria da assistência e redução de custos.

Na categoria equipamentos e materiais descartáveis para atendimento, os discursos dos coordenadores/gestores apontaram para a disponibilidade destes:

A questão de materiais, está ok [...] tem disponível [...]. Eles têm a disponibilidade de luva, capote, de tudo para o atendimento [...]
Tem [aparelhos] a disposição [...]. Nunca falta [aparelhos], não. Se o paciente precisar, ele vai ter disponível [...] a gente tem equipamentos, como: halteres, therabandes, bola, ciclo ergômetro, cpap, bipap [...]. Acho que a gente está bem equipado é tanto que eu até falo com eles e sinto que poderiam usar mais esses equipamentos. (CG1)

Com relação ao que dispomos para essa assistência, nós, como hospital público, dispomos de instrumentos para avaliação da força de musculatura respiratória, de medição de pressão de cuff. Na parte motora podemos dispor de vários recursos para a equipe levar, então está sempre disponível [...]. Pode ser deslocado o ultrassom, TENS, inclusive tem um na enfermaria e os aparelhos de ventilação não invasiva [...], se não me engano temos seis BIPAP e alguns CPAP. (CG2)

A gente tem equipamentos [...]. Hoje, na enfermaria não podemos nos queixar que não faz uma boa assistência porque não tem como. Hoje nós temos equipamentos e em grande quantidade. A gente tem um ventilador para dar um suporte, tem um cpap, bipap, um RPPI, válvulas de exalação, máscaras de venturi, vni, oxigenação, tem aspirador portátil [...] então o que o fisioterapeuta precisar ele tem. Está satisfatório. (CG3)

Tranquilo, suficiente [...] jamais recebi equipe com queixas ou questionamentos que o trabalho esteja sendo prejudicado pela falta de algum equipamento. (CG4)

Acho que a quantidade de material está satisfatória [...]. A gente já tem bastante material. Temos um armário para guardar esses materiais [...] hoje eles estão se organizando melhor para não faltar mais. (CG5)

Chegaram equipamentos novos. Hoje a gente tem em número suficiente máscaras de VNI (CG5)

Ter equipamentos e matérias para a assistência é importante, pois o trabalho em saúde requer, não apenas profissionais habilitados com saber científico para prestar cuidados, mas também a disponibilidade de instrumentos de trabalho e condições adequadas à execução de ações seguras e de qualidade, proporcionada pela disponibilidade de infraestrutura, de políticas institucionais, e de equipamentos (SOUSA; SOUSA; OLIVEIRA, 2018).

O risco de exposição a fatores biológicos potencialmente infectantes, como secreções de vias aéreas e sangue; durante a assistência fisioterapêutica é latente, visto o contato próximo

que este profissional exerce durante seu atendimento. Para se resguardar, o profissional deve utilizar materiais descartáveis classificados como EPI, os quais tem a finalidade de proteger o trabalhador de riscos que ameacem sua segurança e saúde. A Norma Regulamentadora 6 (NR6) regulamenta as diretrizes quanto ao uso dos EPIs, e cita que a instituição contratante é responsável pela sua distribuição gratuitamente (BRASIL, 2001).

Salles e Anjos (2019), em sua pesquisa relatam que infelizmente nos hospitais públicos ocorre falta de EPIs em quantidade e qualidade; e falta de materiais de trabalho. O relato dos coordenadores/gestores corroborou com a retórica de Salles e Anjos (2019), ao chamarem atenção sobre a ocorrência de falta pontual de materiais descartáveis:

É pontual quando ocorre algumas faltas, mas não é uma coisa de regra acontecer não. (CG1)

O que ocorre algumas vezes, pontualmente, durante um ano, é a falta de alguns materiais, porque houve problema com fornecedor, ou porque ele não entregou. (CG2)

Existe uma falta esporádica de materiais descartáveis, mas não que estejamos ausentes, nem sem que as providências sejam buscadas para normalizar e atender à necessidade. (CG4)

Às vezes falta, não é sempre que tem, mas isso não acontece frequente. (CG5)

Dentro da categoria segurança física, os coordenadores/gestores declararam considerar que a enfermaria era um ambiente de trabalho seguro:

Acho seguro, porque na enfermaria inteira a gente nunca teve esse problema, a gente tem apoio, [...] a parte dos pacientes apenados, eles ficam com os policiais, [...] eles têm cela e quando o fisioterapeuta entra, o policial fica lá na porta. (CG1)

O hospital agora dispõe de uma equipe de segurança, que foi algo que melhorou também, e eles podem ser acionados e se dirigir até a enfermaria. (CG2)

Acho que a segurança em termos de atendimento, não tem nenhum problema. [...] dentro das enfermarias hoje é bem mais seguro. (CG3)

Acredito que está tranquila a segurança. (CG4)

Acho que é seguro sim. Acho bem tranquilo com relação a isso. (CG5)

É importante que os coordenadores/gestores tenha em pauta a segurança dentro do ambiente hospitalar, visto que nos serviços de saúde, a violência vem aumentando significativamente, tornando os profissionais de saúde mais expostos aos riscos de tornarem-se vítimas de violência no trabalho. Fato este que pode interferir na assistência prestada aos

pacientes, seus familiares e/ou acompanhantes (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2016).

A violência no trabalho é considerada mais frequente nos espaços onde há predominância de mulheres, caso do setor de saúde e de serviços sociais, e a prevalência também foi maior para funcionários de hospital, tendo médicos, enfermeiros e trabalhadores de ambulância como as categorias que mais referiram essa modalidade (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014).

O principal tipo de violência sofrida pelos profissionais da saúde foi a agressão verbal, e em relação aos agressores, os pacientes aparecem como os principais perpetradores seguidos de seus familiares, esse tipo de violência se manifestava através de xingamentos com palavras de baixo calão; contudo, na concepção de enfermeiros e técnicos de enfermagem, a violência pela agressão física do paciente foi uma das piores experiências que puderam vivenciar (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014; SILVEIRA *et al.*, 2016; VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012; SOARES *et al.*, 2019).

Como todo comportamento abusivo, a violência no trabalho em saúde, é considerada como um fator que leva ao adoecimento, medo, insatisfação e outros sentimentos de insegurança e desmotivação, que trazem repercussões para a saúde do trabalhador. Muitos são os sintomas de ordem física, mental e comportamental decorrentes da situação de violência vivida no trabalho, podendo os trabalhadores experimentar medo, diminuição da autoconfiança, distúrbios do sono e irritabilidade, além de depressão e síndrome de estresse pós-traumático (SILVA; AQUINO; PINTO, 2014). A realidade brasileira necessita ser mais investigada devido à sua complexidade, bem como devido a subnotificação das ocorrências, visto que, as agressões, na grande maioria das vezes, são tidas como intrínsecas ao trabalho e pode se cristalizar nos ambientes laborais (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Dentro da categoria remuneração, as falas foram diversas. Dois coordenadores/gestores relataram, que os fisioterapeutas estavam satisfeitos com seus salários:

Eu diria que o hospital universitário é uma exceção diante do mercado. [...] a realidade do HU ainda é fora da realidade do mercado. Aqui, o salário é maior. (CG2)

Acho que os fisioterapeutas do Hu são satisfeitos, sim com seus salários. (CG5)

Na unidade hospitalar exemplificada pelas falas anteriores, o salário base dos fisioterapeutas era de R\$ 4.725,21 reais, de acordo com o plano de cargos e carreiras (2018) da

EBSERH, atual gerenciadora do HULW. Tal fato pode ser a base das afirmações desses coordenadores/gestores sobre a satisfação salarial dos fisioterapeutas.

Segundo outros dois coordenadores/gestores, os fisioterapeutas não eram satisfeitos com suas remunerações, e na perspectiva desses gestores, os fisioterapeutas recebiam salários baixos:

Muitos fisioterapeutas sentem que a questão remuneração poderia ser melhor. (CG1)

Acho que não são satisfeitos, muito baixa, imagina ter que dar dez plantões por mil e cem reais? [...] é bem complicado essa questão de salário (CG3)

A remuneração salarial também tem sido apontada como fruto de insatisfação entre alguns profissionais da área da saúde, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e odontólogos (GUEDES *et al.*, 2013). Segundo Silva *et al.* (2019), existe uma relação direta entre satisfação com emprego e satisfação salarial, assim como a carga horária, o tempo pessoal individual, entre outros motivos; e que a junção positiva entre essas duas variáveis serviria como um fator que poderia prevenir a Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde.

Um coordenador/gestor não quis dar sua opinião sobre a remuneração ofertada aos fisioterapeutas, por pensar que o profissional da área de saúde em si, não tem a remuneração devida:

Acho que isso é uma coisa que eu não gostaria de responder, porque considero que na saúde, não exclusivamente o fisioterapeuta, mas o profissional de saúde como um todo ele não é... o mercado não trata a remuneração dele como deveria. (CG4)

Para Vieira *et al.* (2017), o cenário nacional do sistema de saúde brasileiro aponta para uma série de desafios, no que se refere à gestão do trabalho em saúde, e alguns pontos críticos seriam a baixa remuneração o que repercute na falta de motivação dos profissionais, precariedade/ flexibilidade dos vínculos empregatícios.

5.3.2.3 Classe temática satisfação e compromisso dos fisioterapeutas com o trabalho

Nesta classe temática formulou-se a categoria satisfação em trabalhar no hospital, visto que os coordenadores/gestores afirmaram que os fisioterapeutas estavam satisfeitos e comprometidos em fazer parte da força de trabalho da unidade:

Tem gente que diz, assim: “eu estou aqui, porque amo trabalhar aqui” [...] muitos adoram trabalhar aqui. Tem tudo, adoram, não tem pressão psicológica. (CG1)

Hoje, já vejo maior compromisso da equipe, já vejo que a equipe de fisioterapia se sente pertencente ao Hospital. [...] então avalio uma satisfação e compromisso muito boa com o trabalho no Hospital. (CG2)

[...] a gente tem profissionais que tem certo compromisso com o trabalho. (P3)

Tenho uma excelente referência sobre a satisfação dos fisioterapeutas em trabalhar aqui no Hospital. [...] escuto, mesmo no dia a dia da equipe que trabalha, como sendo um ponto forte, dessa vinculação com a instituição. [...] com certeza, os fisioterapeutas têm compromisso com o trabalho. (CG4)

Com relação à satisfação dos profissionais, envolve muitos pontos, mas, no geral, considero bem satisfeitos com o trabalho no hospital. [...] eles são muito comprometidos com a assistência do paciente. (CG5)

O ambiente hospitalar é rico em situações conflituosas e estressantes que afetam a qualidade de escuta dos clientes e fragilizam os vínculos interprofissionais, dificultando o encontro de espaços projetores de satisfação no trabalho. A complexidade existente nesse contexto exige que os coordenadores/gestores reflitam sobre esses profissionais que desempenham atividades no hospital. Para um gerenciamento adequado, deve-se estar atento às necessidades desses profissionais, a fim de proporcionar um ambiente organizacional favorável e relações interpessoais saudáveis com a promoção de uma assistência de excelência, sem riscos à segurança do paciente.

A satisfação profissional constitui-se como um fenômeno complexo e subjetivo, caracterizado por um estado emocional prazeroso, resultante de múltiplos aspectos do trabalho e passível de ser influenciado por valores, crenças, percepções de mundo, aspirações, tristezas e alegrias dos indivíduos, e esta satisfação profissional é condicionada a partir da soma de diferentes componentes do trabalho, a qual envolve tanto o momento atual do trabalho como as expectativas dos trabalhadores (SILVA; VELASQUE; TONINI, 2017; WACHHOLZ *et al.*, 2019).

Dessa forma os níveis de satisfação profissional podem estar associados a aspectos organizacionais, em que níveis baixos podem sugerir fragilidades no cuidado, como a sobrecarga e o estresse, frequentemente apontados como deflagradores da insatisfação no trabalho (WACHHOLZ *et al.*, 2019).

A satisfação no trabalho é um constructo complexo e multifatorial. Engloba diferentes aspectos e atitudes que refletem em como o indivíduo se sente em relação ao trabalho sob todas as perspectivas, seu conceito remete à reação afetiva com o trabalho e resulta da comparação dos resultados reais, almejados e merecidos. A insatisfação é gerada pela precariedade e insuficiência de recursos materiais, organização inadequada do trabalho, exaustiva carga de trabalho e falta de comprometimento de alguns trabalhadores, tendo como consequência

distúrbios psíquicos, pior percepção da própria saúde, maior rotatividade, queda na qualidade do serviço, esgotamento, além de outros prejuízos ao trabalhador, sua saúde e qualidade de vida (SILVA; VELASQUE; TONINI, 2017).

5.3.2.4 Classe temática reconhecimento profissional dos fisioterapeutas

Nesta classe temática foi formulada a categoria valorização do trabalho dos fisioterapeutas por outras categorias ao se identificar no discurso dos gestores que a presença do fisioterapeuta é indispensável no ambiente hospitalar:

Aqui não pode faltar fisioterapeuta em setor algum, não, porque já corre todo mundo me ligando; já são dependentes da fisioterapia, a nível de hospital inteiro. (CG1)

Com certeza o trabalho do fisioterapeuta é reconhecido, inclusive a demanda por uma equipe noturna de fisioterapeutas, foi a pedido da equipe médica, devido o reconhecimento de ter uma continuidade no trabalho da fisioterapeuta à noite. [...] Hoje, quando há a falta do profissional [fisioterapeuta], a gente precisa comunicar rapidamente e tentar fazer ajustes, porque eles [equipe multiprofissional] sentem, eles percebem e muito e consideram a ação do fisioterapeuta. (CG2)

Tem reconhecimento do trabalho pela equipe multiprofissional, com certeza. (CG3)

Com certeza é reconhecido. [...] acho que hoje é indiscutível a importância do trabalho do fisioterapeuta, no cuidado ao paciente, acho indispensável e acredito que todo mundo reconhece isso: como foi um ponto fortíssimo, um ganho fortíssimo com o cuidado ao paciente a inclusão do fisioterapeuta. (CG4)

Hoje o serviço de fisioterapia tem um reconhecimento bom, é tanto que são procurados para fazer transporte de paciente, são procurados em intercorrências, quando o paciente está desconfortável, então, eu acho que isso é reconhecimento de um trabalho bem feito. [...] acho que eles [fisioterapeutas] têm reconhecimento de outras equipes, são respeitados, ouvidos, tem seu lugar quanto fisioterapeuta na equipe multidisciplinar. (CG5)

Quando o trabalhador é reconhecido e tem prestígio social desenvolve o seu fazer com maior comprometimento e satisfação, pois o local de trabalho passa a ser identificado como um ambiente de reconhecimento e de valorização do seu trabalho. O reconhecimento do trabalho da fisioterapia, pode fazer com que este profissional se sinta satisfeito e pleno com as atividades laborais desempenhadas; e esta satisfação pode motivá-lo a desenvolver a assistência ao paciente com maior qualidade (AVILA *et al.*, 2013).

Quanto à satisfação, o status profissional é um dos componentes mais importante e está ligado ao reconhecimento e ao respeito pelo seu trabalho por parte dos pares, pacientes, família, gestores e outros profissionais de saúde. O desejo de ser compreendido e apreciado é a força motriz para o comportamento humano (SILVA; VELASQUE; TONINI, 2017).

5.3.2.5 Classe temática organização e funcionamento do serviço de fisioterapia

Através da percepção dos coordenadores/gestores formulou-se nesta classe temática a categoria serviço bem estruturado, que foi explanado no discurso destes como de excelência e adequado:

A gente avalia de forma qualitativa: é um serviço bem organizado; a gente tem escala bem organizadas. [...] o serviço hoje já é bem estruturado. (CG1)

Eu sou suspeita a falar, porque eu vou dizer que a organização está excelente! [...] nós temos uma boa organização e apoio para cada setor. [...] e essa gestão compartilhada é muito boa. (CG2)

Em termos de estruturação, ela é boa. [...] dentro do nosso organograma, é bom. (CG3)
Acho que a organização é excelente, somos referência, somos sempre elogiados. (CG4)

Funcionamento, eu acho adequado. [...] dentro do que temos, hoje, pode-se dizer que está bem estruturado. (CG5)

A dimensão organizacional é compreendida como um espaço de desdobramentos da divisão técnica e social do trabalho em saúde, com todas as implicações para complexos processos na coordenação de múltiplas práticas profissionais ou das múltiplas gestões profissionais do cuidado. Ressalta-se que um ator importante na gestão do cuidado em sua dimensão organizacional é o profissional que atua como gestor ou que desenvolve ações gerenciais, pois é dele a responsabilidade em tornar o serviço estruturado e eficaz (BARRETO *et al.*, 2012).

5.3.2.6 Classe temática Assistência fisioterapêutica

Na classe temática assistência fisioterapêutica segundo a percepção geral dos coordenadores/gestores foram postuladas duas categorias: pontos positivos e pontos negativos. Esta classe, mostrou ser um resumo dos pontos considerados mais importantes das falas dos coordenadores/gestores já detalhadas em outras classes e categorias.

Na categoria pontos positivos, os coordenadores e gestores elencaram falas referentes ao atendimento humanizado; a equipe de fisioterapia qualificada; cobertura de atendimento 24 horas do dia; trabalho sem sobrecarga e diminuição do tempo de internamento do usuário.

Na visão de Cortez, Zerbini e Veiga (2019), a humanização é um importante arcabouço teórico-prático para a transformação social das organizações e gestão de pessoas, pois promove políticas e práticas inclusivas e de desenvolvimento para trabalhadores, gestores e instituições.

A humanização apareceu como um ponto positivo da assistência fisioterapêutica ao usuário, evidenciada nas falas dos coordenadores/gestores:

Pontos positivos: humanização! [...] eles atendem todos os pacientes, tem a gentileza, a humanização, respeito, evolução do paciente para que saia bem. (CG1)

[...] é uma luta nossa, cada vez mais poder atender ao paciente de forma mais humanizada e adequada à uma assistência de excelência. (CG4)

O relacionamento dos profissionais com o usuário é muito importante, sempre da forma mais humanizada possível. (CG5)

Para Santini *et al.* (2017), a gestão da força de trabalho é um fator determinante para a consolidação da universalização da cobertura e para a garantia da equidade das ações no SUS, com um trabalho coletivo, multidisciplinar, relacional, que exige uma interação entre os profissionais e também, entre profissionais e usuários; pois os trabalhadores exercem papel estratégico para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS. Isto mostra a relevância e a complexidade da gestão do trabalho no SUS, exigindo mais atenção e reconhecimento sobre a importância da força de trabalho em saúde.

Os coordenadores/gestores também chamaram atenção para a boa qualificação da equipe de fisioterapia, que sempre busca atualizar-se:

Os fisioterapeutas, sempre que tem algum curso ou capacitação se interessam em fazer, tentam se atualizar e isso é algo muito positivo, porque acaba num aprendizado contínuo. (CG1)

Equipe mais madura, qualificada, a continuidade dos casos, o empenho da equipe na resolução do problema dos pacientes.
[...] outro ponto positivo: vejo que os fisioterapeutas estão buscando fazer mestrado, alguns, doutorado. [...] então vejo que ensino e assistência andam juntos no HU, que é um hospital escola. (CG2)

Acho que nós temos profissionais de alto nível, qualificados, que tem compromisso. (CG4)

A busca pela qualidade máxima do cuidado em saúde, combinada com a necessidade de uso racional de recursos tanto públicos quanto privados, tem contribuído para aumentar a pressão sobre os profissionais da área no sentido de assegurar uma melhor qualificação profissional e uma prática baseada em evidências científicas (FILIPPIN; WAGNER, 2008).

A fisioterapia, apesar de ser considerada uma das áreas jovens no campo da saúde, visto que seu reconhecimento como profissão de nível superior ocorreu em 1969, tem profissionais

perspicazes que em pouco tempo conseguiram tornar a profissão valorizada e com reconhecimento científico à custa de muito estudo e qualificação.

Para Cavalcante *et al.* (2011), a principal forma de mostrar a sociedade que seus serviços são confiáveis, necessários, úteis, importantes e que, por isso mesmo, devem ser mantidos é dando base científica às intervenções praticadas pela profissão. Esta base científica é dada pelo conhecimento gerado nos institutos de pesquisas e programas de mestrado e doutorado, divulgado nas revistas especializadas. Em sua pesquisa, Cavalcante *et al.* (2011), encontraram 1.145 entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com curso de doutorado e 4.675 com curso de mestrado, isto segundo os autores, representa 4% e 11%, respectivamente, dos profissionais *stricto sensu* da grande área da saúde. Dentro das profissões de saúde, a fisioterapia ocupa a penúltima posição em quantidade de doutores.

Dentro da categoria pontos positivos, o discurso dos coordenadores/gestores evidenciou que a assistência fisioterapêutica 24 horas no ambiente da enfermaria, era benéfica e influenciava na melhoria da qualidade da assistência:

A assistência vinte e quatro horas nas enfermarias é um ponto espetacular. [...] é o único hospital da rede que cobre vinte e quatro horas os setores de enfermaria adulto e pediátrica. [...] nós temos uma cobertura privilegiada nos setores. (CG2)

A abrangência do atendimento nos três turnos é um ponto muito positivo. [...] dando uma assistência vinte e quatro horas, o que melhorou a qualidade e diminuiu o número de intercorrências durante o dia. (CG5)

O HULW, foi a unidade que apresentou cobertura fisioterapêutica das enfermarias nos três turnos, os outros serviços, ainda não dispunham desta amplitude de atendimento. A assistência fisioterapêutica pelo período integral de vinte e quatro horas, tem sua obrigatoriedade apenas nos setores das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), estabelecido pela Portaria Ministerial nº 930, de 10 de maio de 2012; e nas UTIs adulto e pediátrica, a presença do fisioterapeuta deve ser no mínimo, dezoito horas, como destaca resolução nº 07 de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde. Não existe obrigatoriedade para a presença do fisioterapeuta nas enfermarias pelo período de vinte e quatro horas, e o que comumente se encontra no âmbito hospitalar, é o atendimento fisioterapêutico por no máximo doze horas diurnas nas enfermarias. Encontrar nas falas dos coordenadores/gestores que a implantação do atendimento fisioterapêutico nos três turnos vem ocorrendo, representa grande ganho para o usuário e para a qualidade da assistência prestada, além de demonstrar reconhecimento dos benefícios e técnicas empregadas pela fisioterapia.

No estudo de Sabetzki e Cicotoste (2008), verificou-se os benefícios do atendimento fisioterapêutico noturno aos pacientes internados na UTI e observou-se que o atendimento fisioterapêutico noturno prevenia intubações, reintubações e traqueostomias, acelerava o desmame da ventilação mecânica, diminuía as pneumonias nosocomiais, adquirindo assim maior rotatividade nos leitos, devido ao maior índice das altas em uma UTI; trazendo esta realidade para o atendimento noturno nas enfermarias, os ganhos seriam semelhantes.

Os coordenadores/gestores ainda evidenciaram em suas falas na categoria pontos positivos, a diminuição do tempo de internação do paciente como uma das contribuições atribuídas ao atendimento fisioterapêutico:

Eu acho que a abreviação do tempo do paciente, aqui, no hospital, é o ponto mais marcante da fisioterapia. (CG3)

A fisioterapia contribui para diminuição do tempo de internamento do paciente [...] (CG4)

Através da fisioterapia conseguimos reduzir o tempo de permanência do paciente no hospital, e isso gera economia para o hospital. (CG5)

Rotta *et al.* (2018), descreveram em sua pesquisa sobre a relação entre a disponibilidade de serviços de fisioterapia e custos de UTI, que o atendimento ininterrupto de serviços de fisioterapia foi associado a tempos menores de ventilação mecânica invasiva e de permanência em UTI, bem como menores custos (totais, médicos e com pessoal), quando comparado à disponibilidade padrão de fisioterapia 12 h/dia; e ainda concluiu que a disponibilidade em h/dia dos serviços de fisioterapia mostrou ser um preditor significativo dos custos de UTI. Nepel *et al.* (2011), corrobora com os resultados de Rotta *et al.* (2018), ao encontrarem no seu estudo sobre a relação da fisioterapia na redução do tempo de internamento de idosos, resultados demonstrando aumento no número de altas e uma redução nas taxas de transferências para os hospitais no grupo de idosos que recebeu atendimento fisioterapêutico, diminuindo, deste modo, o tempo de internamento. Feliciano *et al.* (2012), também encontraram diminuição no tempo de internamento na UTI dos pacientes que passaram por mobilização feita pela fisioterapia de forma mais intensiva.

O último ponto positivo referenciado nas falas dos coordenadores/gestores foi a não sobrecarga de trabalho dos fisioterapeutas, devido número de atendimentos serem adequados:

Acho que é positivo, a demanda de fisioterapeutas para a quantidade de pacientes. (CG1)

O número de atendimentos que é realizado e não deixa os profissionais sobrecarregados. (CG2)

Eu sempre deixo claro para atenderem dentro da quantidade estipulada pelo conselho, mas nem chegam a esse quantitativo. Então eu acho que é positivo porque eles não atendem com pressa e melhora a qualidade do atendimento. (CG4)

Não tem sobrecarga de atendimento. (CG5)

Evitar sobrecarga no trabalho proporciona benefícios a saúde do profissional, visto que quanto mais desfavoráveis são as condições de trabalho, mais deteriorada será a saúde psíquica e os afetos com relação ao trabalho (COSTA; BORGES; BARROS, 2015).

Na categoria pontos negativos, alguns coordenadores/gestores apontaram para necessidade de um melhor dimensionamento na distribuição dos fisioterapeutas para melhorar a assistência nas enfermarias:

Eu diria que é mais quantitativo. Aqui a gente precisa de mais pessoal, mais fisioterapeutas, para botar. [...] eu ainda acho que para uma melhor qualidade [no atendimento] teria que ter mais [fisioterapeutas], porque aqui é uma enfermaria especializada e tem pacientes que demandam mais tempo. (CG1)

Como ponto negativo acho a continuidade do atendimento, porque tem dias que não tem fisioterapia, a noite não tem. [...] e a falta do fisioterapeuta reflete muito: às vezes o paciente não sai da UTI porque está sem fisioterapia na enfermaria; o médico não tem confiança em mandar para enfermaria porque não vai ter fisioterapia a noite. (CG3)

A gente tem até um quantitativo que seria suficiente, mas existe as intercorrências, as necessidades individuais, os afastamentos individuais, que quebra esse dimensionamento que se desejaria e que seria a recomendação dos conselhos. [...] isso considero um ponto negativo, não é que a equipe não esteja atendendo, é que nós como gestores, não pudemos ofertar isso [assistência nas enfermarias vinte e quatro horas] ao paciente. (CG4)

Melhorar a distribuição e o número de fisioterapeutas nos setores, proporcionaria uma assistência mais ampla e de melhor qualidade, pois o fisioterapeuta teria condições de reorganizar seu tempo de atendimento, dedicando mais espaço a cada paciente (ORSINI *et al.*, 2019).

Outro ponto negativo interessante, relatado por um coordenador/gestor foi a necessidade de solicitação do serviço de fisioterapia:

Também vejo que, às vezes, ainda há uma demora e espera pelo pedido de solicitação da fisioterapia [...] poderia ser feito uma triagem pelos fisioterapeutas, mas ainda precisa da solicitação em alguns setores. Isso considero um ponto muito negativo. (CG2)

Na pesquisa de Dibai Filho *et al.* (2010), eles encontraram fato semelhante no discurso dos sujeitos de sua pesquisa, ao relatarem dificuldade ao pleno exercício por falta de autonomia profissional.

A autonomia, remete à capacidade de se governar com liberdade, independência moral e intelectual, possibilitando julgamentos e tomadas de decisão frente às necessidades, dentro de um contexto onde inexistente qualquer tipo de coação interna ou externa. Em alguns serviços, ainda se mantém uma relação hierárquica, que projeta sobre a figura do médico a capacidade suprema de diagnóstico, direcionamento de ações e tratamentos, ficando dependente deste, a solicitação do atendimento fisioterapêutico.

No entanto, é pertinente dizer que foram elencados mais pontos positivos, do que negativos pelos coordenadores/gestores, o que infere na percepção destes, que a assistência fisioterapêutica prestada nas unidades hospitalares é de boa qualidade.

Em geral, os discursos dos coordenadores/gestores evidenciaram certo esclarecimento sobre a PNH; mostraram que estes tem um bom domínio e conhecimento sobre o serviço de fisioterapia de sua unidade, o que é importante, pois o bom gestor deve ter ciência sobre o funcionamento dos serviços sobre sua responsabilidade, para que assim possa sanar dificuldades e promover ações de melhoria da assistência.

5.4 Avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa

A formulação da avaliação síntese sobre a qualidade da assistência prestada pelos fisioterapeutas nas enfermarias hospitalares baseou-se, nos achados sobre a satisfação do usuário, as condições de atendimento e trabalho dos fisioterapeutas nas enfermarias, e a percepção dos coordenadores/gestores sobre a assistência fisioterapêutica prestada. Para melhor nortear este caminho, a análise por triangulação dos resultados guiou-se pelas dimensões de avaliação (condições oferecidas e trabalho dos fisioterapeutas) e qualidade (confidencialidade, privacidade, direito a informação, autonomia, dignidade/cortesia, priorização no atendimento, conforto e assistência fisioterapêutica).

5.4.1 Condições oferecidas

Os usuários mostraram-se menos satisfeitos com essa dimensão de avaliação ao se comparar com os resultados da dimensão trabalho dos fisioterapeutas; entretanto sua satisfação geral nessa categoria, pode ser considerada boa (80%). Em consonância com os resultados dos usuários, encontram-se os fisioterapeutas e coordenadores/gestores, ao pontuarem em suas falas que as condições de trabalho eram boas, por terem uma carga horária adequada e equipamentos para a realização dos atendimentos; os coordenadores/gestores enfatizaram, que a carga horária cumprida pelo fisioterapeuta segue o que está regulamentado em lei.

Nos hospitais onde a pesquisa foi realizada, o percentual de insatisfação variou de 15 a 25%, indicando que a estrutura dos serviços de saúde era satisfatória, mas que melhorias ainda precisariam ser feitas para que essa insatisfação diminuísse. Os usuários do sexo masculino, faixa etária até 19 anos, residentes de outros municípios, ensino fundamental de escolaridade, com profissão/ocupação servidor público, renda de 1 a 3 salários mínimo, e com tempo de internamento de 11 a 20 dias, foram os mais insatisfeitos com as condições oferecidas.

As dificuldades com as condições de trabalho foram verbalizadas pelos fisioterapeutas como desconforto térmico, devido a temperatura das enfermarias serem elevadas, e riscos ergonômicos; dois coordenadores/gestores reconheceram os problemas quanto a climatização das enfermarias, por nem todas possuírem ar condicionado. O discurso dos coordenadores/gestores, apontaram que a estrutura física era falha, necessitava melhorar em alguns aspectos, como a obtenção de um lugar específico e reservado para realização da fisioterapia dos pacientes internos na enfermaria.

As instituições abordadas no estudo, por serem públicas, encontram dificuldades no gerenciamento de suas receitas em decorrência da escassez de recursos, deixando muitas vezes a questão estrutural mais de lado em prol de necessidades mais pungentes.

Os equipamentos para atendimento foram citados como disponíveis pelos coordenadores/gestores, entretanto os fisioterapeutas acrescentaram com suas verbalizações, que se a demanda de pacientes fosse grande, o quantitativo de aparelhos não seria suficiente. Quanto aos materiais descartáveis utilizados durante a conduta fisioterapêutica, foi explanado pelos coordenadores/gestores boa disponibilidade e falta pontual; discurso muito semelhante ao do fisioterapeuta, que evidenciou a existência de momentos esporádicos de falta.

5.4.2 Trabalho dos fisioterapeutas

Os usuários apresentaram alta satisfação com o trabalho dos fisioterapeutas no geral (97%), e em cada unidade hospitalar especificamente; o que pode ser em decorrência da atenção dada por este profissional ao paciente, visto que em sua fala sobre quantidade de atendimentos por turno, a maioria dos fisioterapeutas evidenciou que atendia dentro do recomendado pelo conselho de fisioterapia, proporcionando desta maneira, o tempo adequado de terapia para cada usuário.

Os fisioterapeutas entrevistados tinham boas qualificações profissionais, pois a maioria era especialista em alguma área (60%); apresentavam principalmente, tempo de formado acima de 5 anos, e a maioria já trabalhava na enfermagem a mais de um ano, ou seja, era um profissional experiente e que conhecia seu setor de trabalho; todas estas particularidades do perfil dos fisioterapeutas, contribuíram para esta satisfação elevada do usuário com o trabalho deste profissional da saúde.

Os coordenadores/gestores complementaram esses achados, ao afirmarem que a assistência fisioterapêutica oferecida era de boa qualidade, pois o usuário mostrou-se bastante satisfeito com o atendimento. Outro ponto que favoreceu a satisfação elevada do usuário com o serviço de fisioterapia, foi a forma de atendimento gentil e humanizada, o que era bastante recomendado pelos coordenadores/gestores, exemplificado nas falas de CG1, CG2, CG3 e CG4.

A satisfação com o trabalho, também foi percebida no discurso dos fisioterapeutas, que disseram estar satisfeitos em trabalhar nos hospitais; entretanto alguns descontentamentos foram citados, como insatisfação com o turno de trabalho e com a área que estão atuando. Os coordenadores/gestores confirmaram esta satisfação dos fisioterapeutas, ao verbalizarem que o fisioterapeuta era satisfeito e comprometido com seu trabalho no hospital.

Componentes como a remuneração salarial, o reconhecimento profissional e tipo de vínculo empregatício, são importantes influenciadores da satisfação com o trabalho. Os fisioterapeutas da pesquisa em sua maioria apresentaram renda acima de 4000,00 reais (40%), justificado por terem mais de um emprego (60%), e o principal tipo de vínculo empregatício encontrado foi o celetista (60%). Nos dias atuais, é muito comum os profissionais da área de saúde terem mais de um vínculo empregatício, em consequência das baixas remunerações.

O HULW foi a instituição que ofertou melhor remuneração aos fisioterapeutas, e os coordenadores/gestores desta unidade disseram que estes profissionais eram satisfeitos com

seus salários, o que estava em consonância com o discurso de alguns fisioterapeutas ao afirmarem que suas remunerações eram acima da praticada no mercado.

Por outro lado, encontrou-se coordenadores/gestores informando que os fisioterapeutas não eram satisfeitos com seus rendimentos, pois estes profissionais recebiam baixos salários; e um único gestor que preferiu não emitir sua opinião sobre a satisfação do fisioterapeuta com sua remuneração, por achar que não apenas o fisioterapeuta, mas os profissionais da saúde em geral, não recebiam a remuneração adequada.

No discurso de sete fisioterapeutas, evidenciou-se o descontentamento e insatisfação com seus salários, apontando ainda para um sentimento de desvalorização profissional. Foi notado também, que a maioria dos fisioterapeutas se sentiam inseguros quanto a estabilidade de seu vínculo empregatício por serem celetistas ou de contrato temporários.

A partir das verbalizações anteriores, percebeu-se que existiam alguns pontos de insatisfação elencados pelos fisioterapeutas, e constatou-se que apesar destas ocorrências, a satisfação do usuário foi alta em todas unidades, pode-se assim inferir que o profissionalismo do fisioterapeuta e seu comprometimento com seu trabalho e paciente, estão acima de qualquer dificuldade e que o mesmo, não deixa suas insatisfações transparecerem na sua prática clínica, algo já ratificado pelos coordenadores/gestores ao dizerem que o fisioterapeuta era comprometido com seu trabalho. Os usuários mais insatisfeitos como o trabalho dos fisioterapeutas foram os internados no HULW e HMSI (3,8%), com idade até 19 anos (9,1%), residentes em João Pessoa (3,1%), sem escolaridade (10%), desempregado (7,7%), do sexo masculino (3%), renda menor que um salário mínimo (5,1%), e tempo de internamento de 21 a 30 dias (5,7%).

5.4.3 Confidencialidade das informações

Esta dimensão que se refere a confiança do usuário em contar ao fisioterapeuta informações sobre sua saúde, obteve um alto nível de satisfação no geral (95,4%), sendo menor nos usuários do HULW (93,8%) e maior no HEETSHL (97,5%). Estes resultados demonstraram que o usuário sente confiança no fisioterapeuta que lhe atende, visto que este profissional resguardava suas informações. Os coordenadores/gestores CG1 e CG2 pontuaram sobre a importância em manter preservada as informações particulares dos pacientes, ao dizerem que existia um cuidado, para que as informações fossem resguardadas e que até mesmo,

não fosse falado alto algum dado, pois o espaço entre os usuários internados nas enfermarias era pequeno.

5.4.4 Privacidade no atendimento

A privacidade obteve uma satisfação geral muito boa (93,3%), apresentando seu melhor percentual no HULW e HEETSHL (93,8%) e o menor no HMSI (92,5%). No HULW e HEETSHL, as enfermarias continham no máximo quatro leitos, mas havia também, enfermarias para apenas um paciente; no HMSI as enfermarias da parte cirúrgica tinham dois leitos e a da clínica médica seis; estas características relacionam-se com os níveis encontrados em cada hospital, pois um menor número de pacientes por enfermaria implicaria em maior conservação da privacidade. Esta dimensão, também mostrou sofrer interferência pelo tempo de internamento do paciente, evidenciando seu menor percentual de satisfação dentre os pacientes que estavam internados entre 21 e 30 dias (91,4%).

Os coordenadores/gestores demonstraram em suas falas a preocupação em resguardar a privacidade do usuário durante seu atendimento, ao verbalizarem que orientavam os fisioterapeutas, no sentido de utilizarem durante seus atendimentos aparatos como biombo, para que protegessem a privacidade do paciente. Esses componentes, provavelmente, justificam os baixos percentuais de insatisfação, aferidos entre os usuários.

5.4.5 Direito à informação

Os usuários se mostraram bem satisfeitos com seu direito a informação (93,8%), principalmente os internados no HMSI (95%). Estes usuários evidenciaram mais satisfação em relação a possibilidade de fazer perguntas e receber orientações do fisioterapeuta (96,3%), do que com as informações dadas sobre o atendimento fisioterapêutico de forma específica (91,7%).

O fisioterapeuta por ser um profissional que atende o usuário várias vezes, e passa um bom tempo realizando o atendimento, deveria buscar interagir com o paciente e mantê-lo ciente sobre todas as etapas de seu tratamento fisioterapêutico, pois a qualidade da assistência não é constituída apenas pela técnica que está sendo empregada, mas também pelo relacionamento terapeuta-paciente de forma ética e clara. Um coordenador/gestor pontuou em sua narrativa a

importância que o fisioterapeuta teria, em informar o paciente sobre que procedimentos seriam realizados com ele, e de mostrar-se sempre disposto a responder seus questionamentos (CG2).

5.4.6 Autonomia

A autonomia do usuário, poderia ser traduzida no respeito pela opção do paciente de querer ou não realizar a sessão de fisioterapia, e mostrou-se com alto percentual de satisfação geral (96,7%), e entre os hospitais, principalmente no HULW (98,8%). Os coordenadores/gestores (CG1, CG2) orientavam os fisioterapeutas para que respeitassem o desejo do paciente em querer ou não ser atendido, ao dizerem que ninguém deveria ser atendido contra sua vontade, e que a escolha do paciente deveria ser sempre respeitada.

5.4.7 Dignidade/cortesia

Esta dimensão obteve o maior percentual, dentre as dimensões de qualidade, no que tange a satisfação dos usuários (98,3%), e englobava questões como atendimento de forma gentil e respeitosa, abertura para fazer reclamações e a permissão em ter um acompanhante. Quanto o atendimento de forma gentil e respeitosa, o percentual de satisfação alcançou 100% entre os usuários, corroborando com a preocupação dos coordenadores/gestores ao orientarem os fisioterapeutas para que o atendimento fosse humanizado e gentil, como também ao promoverem ações em prol da humanização, como a criação de comissões e a realização de capacitações junto aos profissionais.

5.4.8 Priorização na atenção ao usuário

Esta dimensão foi constituída por questões sobre disponibilidade em atender à solicitação do paciente, obtendo ótimo percentual de satisfação (97,5%), quanto a satisfação com a quantidade de atendimentos recebidos, o percentual foi bom (84,6%). Percebeu-se nas falas dos fisioterapeutas que estes tentavam adequar o número de pacientes atendidos, de acordo com o número de fisioterapeutas no setor, como também priorizavam o atendimento de pacientes mais graves. Os coordenadores/gestores corroboraram com essas afirmações, ao dizerem que a quantidade de fisioterapeutas não era adequada para a cobertura total dos usuários internados, mas apenas para os mais necessitados.

Subentende-se que, para abranger uma maior cobertura de atendimento, era disponibilizado um menor quantitativo de seções por paciente, justificando assim, o percentual de insatisfação do usuário alcançar 15,4%.

5.4.9 Conforto

Constatou-se a partir dos resultados dos usuários, que a dimensão conforto apresentava o maior percentual de insatisfação, entre todas as dimensões de qualidade (30,8%), sendo identificado o HEETSHL, o serviço com maior insatisfação nesta dimensão (36,3%), e o HULW com a menor (22,5%). No HEETSHL, as enfermarias continham até 4 leitos, próximos uns aos outros, o que pode ter repercutido no âmbito do conforto dos usuários. A questão sobre qualidade e quantidade das refeições, apresentou a melhor pontuação nesta dimensão pelos usuários (87,5%), o que divergiu um pouco, da fala do fisioterapeuta, pois segundo este profissional, a alimentação era de boa qualidade, mas de baixa nutrição.

A temperatura no ambiente foi identificada com o maior percentual de insatisfação entre os usuários (30,4%), fato que corroborou com o discurso dos fisioterapeutas, ao relatarem como uma dificuldade durante a realização do trabalho, o desconforto térmico em decorrência das temperaturas elevadas nas enfermarias, situação que foi reconhecida pelos coordenadores/gestores CG2 e CG5.

5.4.10 Assistência fisioterapêutica

O usuário avaliou com elevado percentual a dimensão assistência fisioterapêutica (95,8%), apresentando o HULW e o HEETSHL 96,3% de satisfação, algo significativo estatisticamente. Dentro desta dimensão, a questão contribuição da fisioterapia para melhoria da saúde, obteve o melhor percentual da dimensão (100%). Os fisioterapeutas disseram durante suas entrevistas, de forma unânime, que acreditavam que a fisioterapia contribuía de maneira significativa e promovia melhora na saúde e qualidade de vida do usuário, reafirmando assim a opinião dos usuários. A escuta do paciente pelo fisioterapeuta, demonstrou em seus discursos, ter sido realizada de forma atenciosa, pertinente e corriqueira, durante a assistência ao usuário.

Para os coordenadores/gestores, a assistência fisioterapêutica prestada nas enfermarias era de boa qualidade, o que se assemelhou com discurso dos usuários ao classificar a qualidade do trabalho do fisioterapeuta com 97,5% de satisfação. O item, satisfação com o atendimento

fisioterapêutico recebido, teve percentual semelhante a qualidade do trabalho do fisioterapeuta (97,5%), esta elevada satisfação, pode ser justificada pela boa qualificação do profissional fisioterapeuta, evidenciado no seu perfil socioeconômico, e na fala dos coordenadores/gestores que estes profissionais eram qualificados, buscavam se atualizar, e eram indispensáveis no ambiente hospitalar.

O quesito que apresentou maior percentual de insatisfação do usuário nesta dimensão, foi quantidade de atendimento fisioterapêutico suprir a necessidade do usuário (19,2%); os fisioterapeutas em suas verbalizações evidenciaram que a distribuição dos atendimentos ocorria conforme a necessidade e gravidade do paciente, pois eles priorizavam atender mais vezes, os pacientes com maior gravidade. Este fato, pode ter repercutido no nível de satisfação do usuário ao se constatar que nem todos os pacientes eram atendidos, pois o quantitativo de fisioterapeutas não promovia uma cobertura total dos pacientes internos, e sim dos que mais necessitavam, como foi elencado na fala dos coordenadores/gestores CG1 e CG3.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese, conseguiu através dos métodos qualitativos e quantitativos utilizados no processo de pesquisa, avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica ofertada nas enfermarias dos hospitais pesquisados.

Os usuários evidenciaram de forma geral, alta satisfação com o atendimento fisioterapêutico que receberam durante o período de internação. Na análise das dimensões de avaliação, se mostraram mais satisfeitos com o trabalho dos fisioterapeutas do que com as condições oferecidas nas enfermarias; e quanto a avaliação das dimensões de qualidade, a que apresentou maior nível de satisfação foi a dimensão dignidade/cortesia, e a com o menor nível foi a dimensão conforto.

Esta alta satisfação encontrada com o trabalho do fisioterapeuta, pode estar associada a proximidade e repetitividade do tratamento, visto que durante o atendimento fisioterapêutico ocorre contato físico com o paciente, além dos atendimentos acontecerem no mínimo uma vez ao dia e durarem, por volta de trinta minutos. Este tempo de atendimento e atenção, proporcionam a criação de um vínculo entre paciente-terapeuta, o que pode ocasionar um sentimento de gratidão por parte do paciente, ao ser ouvido e ter toda atenção do profissional.

Quanto os fisioterapeutas, em suas falas foram comumente identificadas situações díspares, em que um grupo estava mais satisfeito com a situação, enquanto o outro não, mas no geral, identificou-se boas condições de trabalho destes profissionais, pois tinham sua carga horária de trabalho respeitada; acesso a equipamentos e materiais para atendimento; atendiam o número de pacientes dentro da quantidade.

Como uma limitação do estudo, pode-se citar a realização da coleta das informações dos usuários exclusivamente durante seu período de internação, pois estar internado poderia ter repercutido em suas respostas, assim uma nova coleta de informações desses mesmos usuários, forneceria dados mais amplos sobre sua satisfação com o atendimento.

Diante de todas as falas transcritas e discutidas, percebe-se a complexidade que permeia as condições do trabalho humano, principalmente quando este envolve questões na área da saúde. A crescente complexidade de demandas e responsabilidades advindas do labor e das instituições de saúde, promovem sentimentos tendencialmente ansiogênicos nos profissionais da saúde, que podem ser exacerbados por más condições de trabalho e remuneração.

Buscar o equilíbrio entre o trabalho, a satisfação laboral e a qualidade da assistência, são os desafios que permeiam a relação entre o empregador e o funcionário, sendo aqui inferidos

aos hospitais e fisioterapeutas. O equilíbrio nesta relação é indubitavelmente o caminho para o sucesso e melhoria da assistência oferecida aos usuários.

REFERENCIAS

ABRITTA, F. A.; FERNANDES, S. E. S.; PAULA, A. P. Análise da influência da retirada do leito de idosos na UTI e da continuidade da fisioterapia na enfermagem sobre o tempo de permanência, a readmissão e a mortalidade. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 50-61, 2019.

ALVES, A. N. A. importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 173-184, 2012.

ALVES, F. M. B. *et al.* A atuação da fisioterapia na fase I da reabilitação cardíaca após infarto agudo de miocárdio. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 400-13, 2018. Disponível em: <http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2436>. Acesso em: 25 set. 2019.

ARROYO, C. S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde**: o tempo de atendimento da consulta médica. 137 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1-20, 2007.

ATHAYDE, F. T. S. Qualidade de vida no trabalho dos fisioterapeutas de um hospital filantrópico. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 36-42, 2013. Disponível em: revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/index. Acesso em: 23 out. 2019.

AVILA, L. I. *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 445-54, 2011.

BAKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2019.

BARBOSA, G. C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARRETO, A. J. R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2019.

BARROS, F. B. M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, n.59, p.20-31, mai./jun., 2003.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 941-954, 2008.

BERNARDINO, J. C. B. *et al.* Avaliação do nível de satisfação dos pacientes atendidos no núcleo de fisioterapia e reabilitação física de Sobradinho/DF. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 43-49, 2015.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

BISPO JUNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, 2009.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 318-324, 2010.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p.150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Economia. **Perfil previdenciário**. Brasília: Ministério da Economia, 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora NR 17**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2002. Disponível em: <http://www.portal.mte.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora NR 6**. Brasília, Ministério do Trabalho e Emprego, 2001. Disponível em: <http://www.portal.mte.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2018.

CABANA, M. C. F. L. *et al.* Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.

CAMARGO, A. *et al.* Avaliação da satisfação do atendimento fisioterapêutico em ambiente hospitalar. **Revista Atenção em Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 60, p. 19-27, abr./jun. 2019.

CARLOTTO, M. S. *et al.* O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 1, p. 13-23, 2015.

CARVALHO, J. F. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e fatores motivacionais dos colaboradores nas organizações. **Educação em Foco**, Juiz de Fora, v. 9, n.7, p. 21-31, 2013.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. A. humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 219-222, 2012.

CAVALCANTE, C. C. L. *et al.* Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 513-22, jul./set. 2011.

CAVALHEIRO, Leny V. *et al.* Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia. **Eisntein**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 260-268, 2015.

CHAMPAGNE, F. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CHAVES, L. D. P. *et al.* Governança, higiene e limpeza hospitalar: espaço de gestão do enfermeiro. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1166-1174, 2015.

COELHO, E. S. *et al.* Perfil dos gestores de Unidades Básicas de Saúde em São Luis-MA. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 7, p. 47-57, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Brasil). Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, p. 3658, 16 out. 1969. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5. Acesso em: 2 set. 2017.

_____. Lei nº 6316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, p. 16805 a 16807, 18 dez. 1975. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5. Acesso em: 2 set. 2017.

_____. Lei nº 8856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**: Brasília, 2 mar. 1994. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5. Acesso em: 2 set. 2019.

_____. Resolução nº 10, de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**: Seção I, parte II, Brasília, p. 5265 a 5268, 22 set. 1978. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecao=9. Acesso em: 2 set. 2017.

_____. Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. **Diário Oficial da União**: Seção I, Brasília, p. 104 a 105, 20 out. 2014. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecao=9. Acesso em: 02 set. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. (4ª Região). **Código de Ética**. Minas Gerais: CREFITO, 2009. Disponível em: <http://www.crefito4.org/fisioterapia.htm>. Acesso em: 17 set. 2017.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO. **CLT e normas correlatas**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORTEZ, P. A.; ZERBINI, T.; VEIGA, H. M. S. Práticas humanizadas de gestão de pessoas e organização do trabalho: para além do positivismo e do dataísmo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462019000300400&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 nov. 2019.

COSTA, M. T. P.; BORGES, L. O.; BARROS, S.C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho (online)**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 43-58, 2015.

CRUZ, A. P. M. *et al.* Alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar. **COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, Cuiabá, v. 3, n.3, p. 22-29, 2011.

D'ARTIBALE, E. F. *et al.* Morbimortalidade dos pacientes adultos internados em unidade aberta: estudo epidemiológico no hospital Santa Rosa. **COORTE - Revista Científica do Hospital Santa Rosa**, Cuiabá, v. n. 8, p. 64-73, 2018.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.103-107, 1997.

DIBAI FILHO, A. V. *et al.* Análise do perfil dos fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió/AL. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 192-197, 2010.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade dos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p.84-88, 2006.

DONABEDIAN, A. Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado. In: DONADEBIAN A (org). **A la calidad de la atención médica: definición y método de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1984. p. 95-157.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DUARTE, F. *et al.* Fatores de riscos para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho-dort em profissionais de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (online)**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 53-56, 2012.

ESPINDOLA, D. S., BORENSTEIN, M. S. Evolução histórica da fisioterapia: da massagem ao reconhecimento profissional (1894-2010). **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.12, n. 5, p. 389-394, 2011.

ESPIRIDIANO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

ESTEVES, L. S. F. *et al.* Clinical supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1730-1735, 2019.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS. **Referência salarial 2016-2017**: São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.fenafito.com.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

FELICIANO, V. A. *et al.* A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Assobrafir Ciência**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 31-42, 2012.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.553-563, 2006.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2019.

FERREIRA, J. *et al.* Atuação do fisioterapeuta em enfermaria hospitalar no Brasil. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 788-799, 2017.

FERREIRA, C. L.; PILATTI, L. A. Jornada de trabalho e qualidade de vida do trabalhador: transformações na quantidade e qualidade do trabalho. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 4, n. 2, p. 12-24, 2012.

FILIPIN, L. I.; WAGNER, M. B. Fisioterapia baseada em evidências: uma nova perspectiva. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 432-3, 2008.

FIGLIOLI, J. O.; MARINHO, A. P. **Psicologia na fisioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 419-28, 2011.

FURLAN, C. E. F. B. **Avaliação de qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes**. 2011. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto - Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS): Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=produ>. Acesso em: 7 jun. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/index.php?pag=produ>. Acesso em: 07 de jun. 2017.

GARCIA, S. X.; SOUSA, L. A. A. Os fatores estressantes em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 5, n. 1, p. 60-69, 2019.

GARCIA, S. D. *et al.* Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 339-346, 2012.

GARCIA, A. V. *et al.* O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312010000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2018.

GAVA, M.V. **Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas**. São Bernardo do Campo: UESP, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOES, A. B. *et al.* Panorama dos cursos de graduação em fisioterapia no Brasil: realidade atual. **Fisioterapia em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 661-9, 2017.

GONÇALVES, J. R. *et al.* Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioterapia em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 47-56, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Ed. Unicamp. 2011.

GUEDES, S. A. G. *et al.* Análise da satisfação dos profissionais de saúde da família com as condições de trabalho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p.121-130, 2013.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n.3, p.383-393, 2010.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos Programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HERMOZA, A. C. M. O. *et al.* Avaliação da Satisfação do Paciente Hospitalizados em Relação ao Atendimento Fisioterapêutico. **Journal of Health Science**, Londrina, v. 20, n. 3, p. 200-204, 2018.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Revista Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

IBGE. **Censo Demográfico – 2010**: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: ago. 2019.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2019**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. **Estatísticas do Registro Civil (RC) 2019**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2019.

LIMA JUNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 670-6, 2009.

LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.

LUCAS, R. W. C. Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna. **Conhecimento Interativo**, São José dos Linhares, v. 1, n. 1, p. 89-97, 2005.

LUCIANO, E. M.; BRAGANÇA, C. E. B. A.; TESTA, M. G. Privacidade de informações de pacientes de instituições de saúde: a percepção de profissionais da área de saúde. **Revista Reuna**, Belo Horizonte, v.16, n.2, p. 89-102, 2011.

MACEDO, A. T. S. *et al.* Estresse Laboral em Profissionais da Saúde na Ambiência da Unidade de Terapia Intensiva. **Id on Line Revista Multidisciplinar em Psicologia (online)**, Juazeiro do Norte, v.12, n. 42, p. 524-547, 2018.

MALKOÇ, M.; KARADIBAK, D.; YILDIRIM, Y. The effect of physiotherapy on ventilatory dependency and the length of stay in an intensive car unit. **International Journal of Rehabilitation Research**, Rheinstetten, v. 32, n. 1, p. 85-88, 2009.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M.C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MAURO, M. Y. C. *et al.* Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.

MEDEIROS, L. M. O. P.; BATISTA, S. H. S. S. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 925-951, 2016.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, A. C. G. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2009.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. 2009. 287f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MENDONÇA, K. M. P. P; GUERRA, R. O. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.11, n.5, p. 369-376, 2007.

METZKER, C. A. B. **O fisioterapeuta e o estresse no trabalho: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte - MG**. 2011. 111f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, Pedro Leopoldo, 2011.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. Importância da Avaliação Qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Rio de Janeiro, 1994.

NASARUDDIN, M. M. *et al.* Assessing the service quality of physiotherapy services: a cross sectional study at teaching hospitals in Klang Yalley, Malaysia. **Malaysian Journal of Public Health Medicine**, Malaysia, v. 13, n. 2, p. 27-37, 2013.

NASCIMENTO, C. P. *et al.* Síndrome de burnout em fisioterapeutas intensivistas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v.7, n. 2, p.188-198, 2017.

NASCIMENTO, E. R. P. *et al.* Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000200338&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

NEPEL, A. *et al.* Intervenção da Fisioterapia na Redução do Tempo de Internamento de Idosos com Afecções Respiratórias nos Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM's) de Curitiba. **Revista Brasileira de Terapias e Saúde (online)**, Curitiba, v. 2, n. 1, p.21-24, 2011.

NOBREGA, M. M. *et al.* Envelhecer com saúde e qualidade de vida. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 3, p. 258-272, 2019.

NOGUEIRA, F. J. S. *et al.* Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no município de fortaleza (CE). **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 151-158, 2019.

NOZAWA, E. *et al.* Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, p.177-182, 2008.

NUNES, A. A. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Londrina, v. 16, n. 6, p. 173-184, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26032923015>. Acesso em: 22 out. 2019.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 02, p. 393-400, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012>. Acesso em: 20 out. 2019.

OLIVEIRA, F. S. *et al.* Assessment of users' satisfaction in physiotherapy service. **Manual Therapy Posturology & Rehabilitation Journal**, Maringá, v. 14, n. 421, p. 1-8, 2016.

OLIVEIRA, J. F. *et al.* Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 24, n. 7, p. 2593-2599, 2019.

OLIVEIRA, E. C.; BAPTISTELLA, A. R.; TAGLIETTI, M. Relação terapeuta paciente e dimensões da humanização em reabilitação ortopédica. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 309-315, 2019.

ORSINI, J. M. M. *et al.* Evaluation of quality of life, depression and satisfaction in patients treated at the Physiotherapy teaching clinic of the State University of Northern Paraná (Uenp). **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 32, e003239, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502019000100228&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2019.

PACHECO, T. R.; MONTE, F. V. Os efeitos da mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, Marília, v. 20, n.1, p.61-70, 2019.

PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. **Revista de Saúde Pública (online)**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 995-1001, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004825>. Acesso em: 24 nov. 2019.

PAIVA, S. M. A; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 95-101, 2007.

PAULA, D. A. G. *et al.* Satisfaction levels with physical therapy in hospitalized patients. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 118-123, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.02.012>. Acesso em: 20 set. 2019.

PETEAN, E.; LIMA, A. R. C. C.; ROCHA, R. L. R. Repercussões da ambiência hospitalar na perspectiva dos trabalhadores de limpeza. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 615-635, 2014.

PINHEIRO, A. R.; CHRISTOFOLETTI, G. Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 188-196, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 set. 2019.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 69-81, 2014.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RABELO, R. C. *et al.* Avaliação do nível de satisfação dos pacientes atendidos pela fisioterapia na Unidade de Saúde da Família do Pirapora. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, v. 10, n. 1, p. 20-29, 2018.

RAMOS, A. M. **A qualidade da assistência obstétrica em um hospital de ensino: trajetórias e desafios no desenvolvimento de práticas centradas no cuidado humanizado.** 2018. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESENDE, S. P. **Percepção dos clientes sobre a qualidade do serviço prestado por uma empresa no ramo de mineração e transportes: uma aplicação do instrumento SERVQUAL modificado.** 2004. 185 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/4307.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2017.

REZENDE, R. W. S. *et al.* Assepsia e antissepsia das mãos em um centro de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 9, n. 4, p. 120-126, 2019.

RICCI, N. A. *et al.* O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1125-1134, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700044&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 mar. 2020.

ROBAZZI, M. L. C. C. *et al.* Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-532, 2012.

RODRIGUES, R. M.; RAIMUNDO, C. B.; SILVA, K. C. Satisfação dos usuários dos serviços privados de fisioterapia do município de Campo dos Goytacazes/RJ. **Perspecton**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 163-180, 2010.

RONCATI, V. L. C. **Relação entre os atributos da qualidade de um serviço de reabilitação ambulatorial e os padrões do modelo de acreditação Joint Commission on accreditation of health care organizations: a visão do cliente.** 2002. 154 f. Tese (Doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESEESP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=334112>. Acesso em: 5 jun. 2017.

ROSADO, I. V. M.; RUSSO, G. H. A.; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>. Acesso em: 29 set. 2019.

ROTTA, B. P. *et al.* Relação entre a disponibilidade de serviços de fisioterapia e custos de UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 184-189, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132018000300184&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

RUFINO, G. P. *et al.* Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 291-297, 2012.

RUSSO, R. C. *et al.* Perfil de formação profissional dos fisioterapeutas das unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió. **Revista Assobrafir Ciência**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 21-30, 2012.

SABETZKI, S. M.; CICOTOSTE, C. L. A importância da fisioterapia em UTI no período noturno. In: Seminário de Fisioterapia da Uniamérica: Iniciação Científica, 2008, Foz do Iguaçu. [**Trabalhos apresentados**]. Foz do Iguaçu: Uniamérica, 2008. Disponível em: <http://www.uniamerica.br/arquivos/2seminario-fisioterapia/pdf/4-StefaniMartins-Camila-de.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

SALLES, L. L.; ANJOS, J. M. Equipamentos de proteção individual no contexto laboral da enfermagem. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. 6, p. 134-147, 2019.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SANTIAGO, R. F. **Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no Município do Recife**: a percepção dos usuários. 2010. 132p. Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SANTINI, S. M. L. *et al.* Dos 'recursos humanos' à gestão do trabalho: uma análise da literatura sobre o trabalho no sus. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 537-559, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200537&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SANTOS, M. F. O.; SANTOS, T. E. O.; SANTOS, A. L. O. A confidencialidade médica na relação com o paciente adolescente: uma visão teórica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 318-325, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533259014>. Acesso em: 17 out. 2019.

SANTOS, A. S. Perfil de gerentes da atenção primária à saúde de um município de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Enfermagem Atenção Saúde**, Minas Gerais, v.5, n. 1, p. 3-11, 2016.

SANTOS, D. M. *et al.* Os trabalhadores de enfermagem e a prática de adaptar e improvisar no ambiente hospitalar. **Revista Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 85, p. 57-63, 2018.

SANTOS, Tatiana M. M.G. *et al.* Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 11, n. 3, p. 171-179, 2010.

- SANTOS, M.S. *et al.* Aspectos Tayloristas numa Empresa de Bebidas: tempos contemporâneos ou tempos modernos? **Revista Anagrama**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 1-15, 2012.
- SANTOS, A. S. *et al.* Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, ago. 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200421&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2019.
- SCALCO, S. V.; LACERDA, J.; CALVO, M.C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, 2010.
- SCHMOELLER, R. *et al.* Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.
- SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 85, p. 65-82, 2009.
- SHIMABUKURO, P. M. S.; FERREIRA, M. R.; FELDMAN, L. B. A gestão e o impacto da higiene hospitalar no serviço de neonatologia. **Journal Infection Control**, Sant Louis, v. 4, n. 1, p. 25-29, 2015.
- SILVA, A. L. A. **Avaliação da qualidade da assistência ao parto da rede pública hospitalar, na cidade do Recife: um estudo de caso por triangulação de métodos**. 2016. 174p. Tese (Doutorado em Saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016.
- SILVA, A.L.A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-14, 2017.
- SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100407&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2019.
- SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1535-1546, 2011.
- SILVA, P. L. A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta**. 2006. 91 p. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2006.
- SILVA PISSOLATO, J.; FLECK, C. S. Mobilização precoce na unidade de terapia intensiva adulta. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 377 - 384, 2018. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/690>. Acesso em: 29 out. 2019.

SILVA, R. S. Avaliação do serviço de fisioterapia municipal de Piúma (ES). **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 4, n. 16, p. 146-155, 2010.

SILVA, R. M. *et al.* Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, 2011.

SILVA, I. V.; AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2112-2122, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n10/0102-311X-csp-30-10-2112.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

SILVA, V. A. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados em uma enfermaria de cirurgia do trauma. **Sínteses: Revista Eletrônica SimTec**, Campinas, n. 7, p. 1-2, 2019.

SILVA, V.R; VELASQUE, L. S.; TONINI, T. Satisfação profissional de uma equipe de enfermagem oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 988-995, 2017.

SILVA, M. C. A. **Queixas osteomusculares, fatores de risco psicossociais e organizacionais que afetam a saúde dos profissionais de enfermagem da central de materiais e esterilização de um hospital universitário**. 2018. 210 p. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) - Centro de Artes e Comunicação, Universidade Federal de Pernambuco, Ergonomia, Recife, 2018.

SILVEIRA, J. *et al.* Violência no trabalho e medidas de autoproteção: concepção de uma equipe de enfermagem. **Journal Nurse Health**, Pelotas, v. 6, n.3, p. 436-46, 2016.

SOARES, B. B. *et al.* Violência: a saúde dos trabalhadores de enfermagem em risco. **Revista Saúde Física & Mental**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p. 60-73, 2019.

SOUZA, A. *et al.* Indicadores de internações hospitalares e conforto humano para os municípios do pantanal sul-mato-grossense. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 19, n. 1, p. 24-34, 2013.

SOUZA, C.S.; SCATENA J.H.G. Satisfação do Usuário da Assistência Hospitalar no mix público-privado do Sus do estado de Mato Grosso. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 30-41, 2014.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 356-361, 2009.

SOUZA, A. A. *et al.* Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão da USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009. Disponível em: www.revistas.usp.br/rege/article/download/36675/39396/0. Acesso em: 17 out. 2019.

SOUZA, T. S.; SALDANHA, J. H. S.; MELLO, I. M. As relações de trabalho dos fisioterapeutas na cidade de Salvador, Bahia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1301-1315, 2014.

SOUZA NETO, L. H. *et al.* Produtividade Hospitalar e Impacto da Gestão da Qualidade em Dois Hospitais de Ensino do Sistema Nacional de Saúde Brasileiro. **Anais da Faculdade de Medicina de Olinda**, Recife, v. 1, n. 3, p. 3-11, 2019.

SOUZA, F. F.; SOUZA, I. A.; OLIVEIRA, L.M. N. A utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Atenção e Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 58, p. 102-108, 2018. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5667. Acesso em: 22 set. 2019.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TRAD, L. A. B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S.F. (org.) **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, 2005.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VIANA, S. B. P. **Competências dos fisioterapeutas para a atenção básica em saúde da família: avaliação dos professores e egressos da Univali**. 2005. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005.

VIANA, J. R. S. *et al.* Avaliação da satisfação com a fisioterapia de pacientes atendidos em uma clínica escola de Maringá-PR. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v.17, n. 2, p.16-21, 2014.

VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100110&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

VIEIRA FILHO, L. V. *et al.* Estresse e a necessidade da valorização profissional na implantação dos processos de humanização do SUS (Humanizadas). **Anais da Faculdade de Medicina de Olinda**, Recife, v. 2, n. 2, p. 75- 80, 2018.

WACHHOLZ, A. et al. Sofrimento moral e satisfação profissional: qual a sua relação no trabalho do enfermeiro? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. 1-9, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100475&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZANEI, S. S. V.; OLIVEIRA, R. A.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residências multidisciplinares. **Revista de Enfermagem UFSM – REUFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 35, p. 1-20, 2019.

APÊNDICE A- INSTRUMENTO DOS USUÁRIOS

PARTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
1- UNIDADE:	2- CÓDIGO DO USUÁRIO:
3- DATA:	4- NO. QUESTIONÁRIO:
5- DATA DE ADMISSÃO:	
CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO	
6- Qual sua idade? (Em anos)	
7- Mora em que cidade?	
8- Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
9- Qual sua raça/cor? (1) branca (2) negra (3) parda/morena (4) amarela (5) outras:	
10- Qual sua Escolaridade: (1) sem escolaridade (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior completo (8) pós- graduado	
11- Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) união consensual (4) separado/divorciado (5) viúvo	
12- Profissão/ocupação: (1) autônomo (2) servidor público (3) aposentado (4) estudante (5) dona de casa (6) desempregado	
13- Renda familiar: (1) menos que 1 salário mínimo (2) de 1 a 3 salários mínimos (3) acima de 3 salários mínimos	
14- Há quanto tempo esta internado(a) nesta unidade? (Descrever o tempo em dias)	
15- Quantos atendimentos de fisioterapia o senhor(a) já recebeu nesta unidade? (1) 2 à 4 atendimentos (2) 4 à 6 atendimentos (3) mais de 6 atendimentos	

PARTE 2											
DIMENSÃO CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES											
16- Em relação à sua confiança no fisioterapeuta que lhe atendeu, para contar seu problema de saúde, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO PRIVACIDADE NO ATENDIMENTO											
17- Em relação à sua privacidade durante seu atendimento fisioterapêutico, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO DIREITO À INFORMAÇÃO											
18- Em relação às informações dadas sobre seu atendimento fisioterapêutico, dê uma nota de 0 a 10:											

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
19- Em relação à possibilidade de fazer perguntas e receber orientações do fisioterapeuta quando precisou, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO AUTONOMIA SOBRE O ATENDIMENTO											
20- Em relação ao respeito de sua opção em realizar ou não atendimento fisioterapêutico, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO DIGNIDADE E CORTESIA											
21- Em relação ao atendimento do fisioterapeuta de forma gentil e respeitosa, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
22- Em relação à possibilidade de fazer reclamações e ou emitir opiniões, no período em que esteve no hospital, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
23- Em relação a permissão para presença de um acompanhante durante o tempo que permaneceu no hospital, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO PRIORIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO USUÁRIO											
24- Em relação ao fisioterapeuta se prontificar em atender sua solicitação quando houve necessidade, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
25- Em relação a quantidade de atendimentos fisioterapêuticos que o Sr(a) recebe diariamente, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO CONFORTO											
26- Em relação à limpeza da enfermaria, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
27- Em relação à limpeza imediata na presença de vômito, sangue, urina, água ou outros resíduos, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
28- Em relação à temperatura da enfermaria ser agradável, dê uma nota de 0 a 10:											

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
29- Em relação ao conforto da enfermaria, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
30- Em relação ao barulho na enfermaria, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
31- Em relação à quantidade e qualidade das roupas (paciente e leito), dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
32- Em relação à quantidade e qualidade das refeições oferecidas no hospital, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
DIMENSÃO ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA											
33- Em relação à escuta de sua queixa de maneira atenciosa pelo fisioterapeuta durante seu atendimento, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
34- Em relação ao seu exame físico ser feito de forma cuidadosa e detalhada pelo fisioterapeuta durante seu atendimento, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
35- Em relação ao horário de realização de seu atendimento fisioterapêutico, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
36- Em relação à qualidade do trabalho do fisioterapeuta, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
37- Em relação à contribuição do tratamento fisioterapêutico com a melhora do seu estado de saúde, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
38- Em relação à quantidade de atendimento fisioterapêutico diário suprir sua necessidade, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.

39- Em relação à duração da sessão do seu atendimento fisioterapêutico, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
40- Em relação à sentir segurança no atendimento do fisioterapeuta, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
41- Em relação à satisfação com o atendimento fisioterapêutico recebido, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.
42- Em relação ao atendimento recebido no hospital, de forma geral, dê uma nota de 0 a 10:											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Obs.

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DOS FISIOTERAPEUTAS

PARTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
1- UNIDADE:	2- CÓDIGO DO FISIOTERAPEUTA:
3- DATA:	4-NO. QUESTIONÁRIO:
5- TURNO:	
CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL	
6- Qual sua idade? (Em anos)	
7- Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
8- Há quanto tempo se graduou em Fisioterapia? (Descrever em meses/anos)	
9- Qual sua especialidade? (1) traumatologia (2) cardio-respiratório (3) neurologia (4) terapia intensiva (5) outras:	
10- Concluiu algum curso de pós graduação: (1) Especialização (2) Mestrado (3) Doutorado (4) Especialização e Mestrado (5) Especialização e Doutorado (6) Mestrado e Doutorado (7) Todos (8) Nenhum	
11- Qual sua raça/cor? (1) branca (2) negra (3) parda/morena (4) amarela (5) outras:	
12- Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) união consensual (4) separado/divorciado (5) viúvo	
13- Qual o tipo de contrato trabalhista do Sr (a) com esta unidade: (1) Estatutário (2) CLT (3) Contrato temporário (4) Residente (5) Outro:	
14- Há quanto tempo trabalha nesta unidade?(Descrever o meses/anos)	
15- Há quanto tempo trabalha nesta setor?(Descrever o meses/anos)	
16- Qual turno de trabalho nesta unidade? (1) diurno (2) noturno	
17- Qual sua jornada de trabalho nesta unidade? (1) Plantonista (2) Diarista	
18- Possui outro vínculo empregatício? (1) Sim (2) Não	

PARTE 2
ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS FISIOTERAPEUTAS

1- Em relação à qualidade da assistência fisioterapêutica prestada nesse hospital?

Gentileza

Atendimento prestado

Respeito ao direito dos usuários (Privacidade, Confidencialidade, Direito a acompanhante)

Ambiência

Respeito às escolhas informadas pelo usuário

2- Em relação às condições de trabalho oferecidas neste hospital aos fisioterapeutas?

Conforto

Segurança física

Carga horária

Número de profissionais

Limpeza

Disponibilidade de equipamentos e materiais (quantidade e qualidade)

Trabalho em equipe

3- Em relação à satisfação e o compromisso com o trabalho neste hospital?

Relacionamento

Reconhecimento profissional

Remuneração

Estabilidade

4- Em relação à organização e o funcionamento do serviço de fisioterapia neste setor?

5- Existe alguma ação de capacitação e educação continuada voltada para os fisioterapeutas deste hospital?

**APÊNDICE C- INSTRUMENTO DOS COORDENADORES DOS
FISIOTERAPEUTAS**

PARTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
1- UNIDADE:	2- CÓDIGO DO COORDENADOR:
3- DATA:	4- NO. QUESTIONÁRIO:
5- TURNO:	
CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL	
6- Qual sua idade? (Em anos)	
7- Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
8- Há quanto tempo se graduou em Fisioterapia? (Descrever em meses/anos)	
9- Qual sua especialidade? (1) traumatologia (2) cardio-respiratório (3) neurologia (4) terapia intensiva (5) outras:	
10- Concluiu algum curso de pós graduação: (1) Especialização (2) Mestrado (3) Doutorado (4) Especialização e Mestrado (5) Especialização e Doutorado (6) Mestrado e Doutorado (7) Todos (8) Nenhum	
11- Qual sua raça/cor? (1) branca (2) negra (3) parda/morena (4) amarela (5) outras:	
12- Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) união consensual (4) separado/divorciado (5) viúvo	
13- Qual o tipo de contrato trabalhista do Sr (a) com esta unidade: (1) Estatutário (2) CLT (3) Contrato temporário	
14- Há quanto tempo trabalha nesta unidade? (Descrever o meses/anos)	
15- Há quanto tempo desempenha o cargo de coordenador? (Descrever o meses/anos)	
16- Qual sua jornada de trabalho nesta unidade? (1) Plantonista (2) Diarista	
17- Possui outro vínculo empregatício? (1) Sim (2) Não	

PARTE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS COORDENADORES

1- Como o Sr(a) avalia a qualidade da assistência fisioterapêutica prestada nesse hospital?

Gentileza

Respeito ao direito dos usuários (Privacidade, Confidencialidade, Direito a acompanhante)

Ambiência

Respeito às escolhas informadas pelo usuário

2- Como o Sr(a) avalia as condições de trabalho oferecidas neste hospital aos fisioterapeutas?

Conforto

Segurança física

Carga horária

Número de profissionais

Limpeza

Disponibilidade de equipamentos e materiais (quantidade e qualidade)

Trabalho em equipe

3- De que maneira avalia a satisfação e o compromisso dos fisioterapeutas com o trabalho neste hospital?

Relacionamento

Reconhecimento profissional

Remuneração

Estabilidade

4- Como o Sr(a) avalia a organização e o funcionamento do serviço de fisioterapia neste hospital?

5- Existe alguma política/ação desenvolvida neste hospital para o atendimento humanizado do usuário?

6- Existe alguma ação de capacitação e educação continuada voltada para os fisioterapeutas deste hospital?

7- Que pontos positivos e negativos, o Sr(a) considera na assistência fisioterapêutica prestada neste hospital?

APÊNDICE D- INSTRUMENTO DOS GESTORES DAS UNIDADES

PARTE 1	
IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO	
1- UNIDADE:	2- CÓDIGO DO GESTOR:
3- DATA:	4- NO. QUESTIONÁRIO:
5- TURNO:	
CARACTERIZAÇÃO DO PROFISSIONAL	
6- Qual sua idade? (Em anos)	
7- Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	
8- Qual sua graduação? Há quanto tempo se graduou? (Descrever em meses/anos)	
9- Qual sua especialidade?	
10- Concluiu algum curso de pós graduação: (1) Especialização (2) Mestrado (3) Doutorado (4) Especialização e Mestrado (5) Especialização e Doutorado (6) Mestrado e Doutorado (7) Todos (8) Nenhum	
11- Qual sua raça/cor? (1) branca (2) negra (3) parda/morena (4) amarela (5) outras:	
12- Estado civil: (1) solteiro (2) casado (3) união consensual (4) separado/divorciado (5) viúvo	
13- Qual o tipo de contrato trabalhista do Sr (a) com esta unidade: (1) Estatutário (2) CLT (3) Contrato temporário	
14- Há quanto tempo trabalha nesta unidade? (Descrever o meses/anos)	
15- Há quanto tempo desempenha o cargo de gestor? (Descrever o meses/anos)	
16- Qual sua jornada de trabalho nesta unidade? (1) Plantonista (2) Diarista	
17- Possui outro vínculo empregatício? (1) Sim (2) Não	

PARTE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS GESTORES

1- Como o Sr(a) avalia a qualidade da assistência fisioterapêutica prestada nesse hospital?

Gentileza

Respeito ao direito dos usuários (Privacidade, Confidencialidade, Direito a acompanhante)

Ambiência

Respeito às escolhas informadas pelo usuário

2- Como o Sr(a) avalia as condições de trabalho oferecidas neste hospital aos fisioterapeutas?

Conforto

Segurança física

Carga horária

Número de profissionais

Limpeza

Disponibilidade de equipamentos e materiais (quantidade e qualidade)

Trabalho em equipe

3- Como o Sr (a) avalia a satisfação e o compromisso dos fisioterapeutas com o trabalho neste hospital?

Relacionamento

Reconhecimento profissional

Remuneração

Estabilidade

4- Como o Sr(a) avalia a organização e o funcionamento do serviço de fisioterapia neste hospital?

5- Existe alguma política/ação desenvolvida neste hospital para o atendimento humanizado do usuário?

6- Existe alguma ação de capacitação e educação continuada voltada para os fisioterapeutas deste hospital?

7- Que pontos positivos e negativos, o Sr(a) considera na assistência fisioterapêutica prestada neste hospital?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS USUÁRIOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR”

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal (Telefone para contato: 83-988283098), sendo desenvolvida sob orientação de Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador(a) responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida nos hospitais públicos do município de João Pessoa e sua relação com as condições de atendimento e sobrecarga de trabalho dos fisioterapeutas. Com esta, acredita-se poder contribuir com a identificação da qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida e assim melhorar a assistência ofertada.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da participação no preenchimento de um questionário com perguntas referentes ao atendimento fisioterapêutico recebido. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da

UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

João Pessoa, ____/____/20__.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: kpmedeiros@hotmail.com

Telefone: 83- 988283098

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS FISIOTERAPEUTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR”

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal (Telefone para contato: 83-988283098), sendo desenvolvida sob orientação de Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador(a) responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida nos hospitais públicos do município de João Pessoa e sua relação com as condições de atendimento e sobrecarga de trabalho dos fisioterapeutas. Com esta, acredita-se poder contribuir com a identificação da qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida e assim melhorar a assistência ofertada.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de uma entrevista com perguntas referentes ao atendimento fisioterapêutico, a entrevista terá o áudio gravado para que as respostas possam ser melhor analisadas posteriormente. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-

2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

João Pessoa, ____/____/20__.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: kpmedeiros@hotmail.com

Telefone: 83- 988283098

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS COORDENADORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS COORDENADORES NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR”

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal (Telefone para contato: 83-988283098), sendo desenvolvida sob orientação de Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador(a) responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida nos hospitais públicos do município de João Pessoa e sua relação com as condições de atendimento e sobrecarga de trabalho dos fisioterapeutas. Com esta, acredita-se poder contribuir com a identificação da qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida e assim melhorar a assistência ofertada.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de uma entrevista com perguntas referentes ao atendimento fisioterapêutico, a entrevista terá o áudio gravado para que as respostas possam ser melhor analisadas posteriormente. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-

2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

João Pessoa, ____/____/20__.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: kpmedeiros@hotmail.com

Telefone: 83- 988283098

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS GESTORES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES NA PESQUISA “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR”

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal (Telefone para contato: 83-988283098), sendo desenvolvida sob orientação de Antônio da Cruz Gouveia Mendes.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador(a) responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida nos hospitais públicos do município de João Pessoa e sua relação com as condições de atendimento e sobrecarga de trabalho dos fisioterapeutas. Com esta, acredita-se poder contribuir com a identificação da qualidade da assistência fisioterapêutica oferecida com isto poder melhorar a assistência ofertada.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de uma entrevista com perguntas referentes ao atendimento fisioterapêutico, a entrevista terá o áudio gravado para que as respostas possam ser melhor analisadas posteriormente. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8

– 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

João Pessoa, ____ / ____ /20__.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: kpmedeiros@hotmail.com

Telefone: 83- 988283098

**APÊNDICE I- ARTIGO DA TESE SUBMETIDO A REVISTA TRABALHO,
EDUCAÇÃO E SAÚDE**

Condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos aos fisioterapeutas
atuantes nas enfermarias

Care and work conditions offered in public hospitals to physical therapists working in the
wards

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar as condições de trabalho dos fisioterapeutas que atendem nas enfermarias. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em três hospitais públicos do município de João Pessoa, envolvendo uma amostra intencional e não probabilística de 15 fisioterapeutas. Foram realizadas entrevistas com esses profissionais e suas falas passaram por análise do conteúdo segundo Bardin (1997), sendo formuladas categorias pertinentes as condições de trabalho do fisioterapeuta. Os resultados mostraram que condições de trabalho eram consideradas adequadas, e questões como quantitativo de profissionais, equipamentos e materiais, e remuneração salarial dependiam do hospital em que o fisioterapeuta trabalhava. Conclui-se que as condições que permeiam o trabalho humano são complexas, principalmente quando envolve a área da saúde. As condições de trabalho dependem intimamente da instituição empregadora e buscar o equilíbrio entre o trabalho, a satisfação laboral e a qualidade da assistência, são os desafios que permeiam a relação entre o empregador e o funcionário, sendo este equilíbrio o caminho para o sucesso e melhoria da assistência oferecida aos usuários.

Palavras-chave: Condições de trabalho, serviço hospitalar de fisioterapia, saúde pública, profissionais da saúde

Abstract

This article aims to analyze the working conditions of the physiotherapists who attend the wards. This is a qualitative research conducted in three public hospitals in the city of João Pessoa, involving an intentional and non-probabilistic sample of 15 physical therapists. Interviews were conducted with these professionals and their speeches were subjected to content analysis according to Bardin (1997), and relevant categories were formulated to work conditions of the physical therapist. The results showed that working conditions were considered adequate, and questions such as the number of professionals, equipment and materials, and salary remuneration depended on the hospital where the physiotherapist worked. It is concluded that the conditions that permeate human work are complex, especially when it involves the health area. Working conditions are closely dependent on the employer, and striking a balance between work, job satisfaction and the quality of care are the challenges that permeate the relationship between employer and employee, and this balance is the path to success and improvement. of the assistance offered to users.

Keyword: Working conditions, Physical Therapy Department, Hospitals, Public Health , Health personnel

Introdução

Os fisioterapeutas integram um grupo de profissionais da saúde expostos a carga física e mental expressivas durante seu trabalho, a relevância de atuar com autonomia, diversas vezes reprimida por normas; a sobrecarga de trabalho; o pequeno quantitativo de pessoal; a falta de reconhecimento profissional; e condições de trabalho não adequadas, são aspectos importantes, uma vez que podem induzir circunstâncias de desgaste, angústia e insatisfação, podendo estas situações tornarem-se fontes geradoras de impacto na qualidade da assistência fisioterapêutica prestada e na satisfação do usuário (METZKER, 2011; SANTOS et al., 2017; SCHMOELLER et al., 2011).

Além disso, o trabalho de fisioterapia desempenhado especialmente no cenário hospitalar é diferenciado dos demais por ser contínuo, desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com o paciente sob seus cuidados e demais profissionais de saúde (SILVA, 2006; NASCIMENTO et al., 2017).

A atuação da fisioterapia nos hospitais e em setores como as enfermarias, mostrou-se essencial por promover melhora no quadro clínico, na qualidade de vida, melhora na sintomatologia, reabilitação biopsicossocial e recuperação precoce da funcionalidade do paciente (OLIVEIRA et al., 2016; FERREIRA et al, 2017). Assim, cada vez mais a fisioterapia foi tendo seu espaço ampliado no âmbito do atendimento hospitalar.

A relevância desses profissionais nos hospitais foi reconhecida na década de 70 e, posteriormente, destacou-se ainda mais sua importância, especialmente com a fisioterapia respiratória, consolidando como indispensável a permanência do fisioterapeuta em todas as unidades hospitalares, desde a unidade de terapia intensiva (UTI) até as enfermarias (FERREIRA et al, 2017).

A fisioterapia no ambiente hospitalar teve uma rápida expansão nas últimas décadas, e as pesquisas para comprovação da eficácia de suas técnicas, também reforçam a importância do fisioterapeuta hospitalar, para tanto, sua presença durante 24 horas nas UTIs e enfermarias se torna indispensável (ALVES, 2012).

A atividade do fisioterapeuta hospitalar é focada em minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras, bem como promover integração sensorial motora e cognitiva.

O trabalho é uma atividade na qual aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados; em princípio, o trabalho deveria ser prazeroso, pois através dele, o homem se

constitui sujeito e reconhece sua importância para a sobrevivência de outros seres humanos; entretanto, ao longo do tempo, observa-se que o trabalho, para a maioria da humanidade, tem representado tensão, desajuste, dor e adoecimento, como consequência da exploração a que os homens têm sido submetidos, que infelizmente têm se intensificado atualmente (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; KIRCHHOF et al., 2009).

O conhecimento da influência do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, é relatada desde a antiguidade, e a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença vem crescendo. A precarização do trabalho tem sido apontada como fonte geradora de piora das condições de saúde e mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, destacando o aumento das doenças como os transtornos mentais (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010; KIRCHHOF et al., 2009).

Condições de trabalho podem ser definidas como o conjunto de elementos de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados por fatores econômico, técnico e organizacional, se inter relacionam, formando o ambiente e a forma em que se realiza a atividade laboral (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011; MAURO et al, 2010). Nas instituições públicas, as condições de trabalho vêm se mostrando desfavoráveis à saúde dos profissionais de saúde; além de influenciar no processo de trabalho e contribuir para determinar o processo de saúde-doença dos trabalhadores (MAURO et al, 2010).

Santos et al. (2017), descreve que as condições de trabalho fazem parte das dimensões que formam o contexto de trabalho, podendo ser caracterizada pela infraestrutura do local de trabalho, o ambiente físico (espaço, ar, luz, temperatura, som), os equipamentos, os instrumentos e a matéria-prima disponíveis para a execução das atividades. Para Lima Junior; Alchieri e Maia (2009), as condições de trabalho nos hospitais, podem ser consideradas inadequadas devido as particularidades do ambiente e das atividades insalubres realizadas.

Estudar as condições de trabalho permite ao trabalhador e às instituições de saúde identificar as fragilidades para assim se propor reformulações no processo de trabalho, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho, favorecendo assim, a promoção da saúde e a prevenção de doenças nos trabalhadores (MAURO et al, 2010).

Atualmente, ainda ocorre a dificuldade de encontrar publicações referentes à fisioterapia, apesar da franca integração da equipe de fisioterapia em equipes hospitalares e de haver discussões sobre indicadores do paciente internado. (SOUZA et al, 2013)

Conhecer melhor, os fatores que influenciam a atividade laboral do fisioterapeuta, poderia favorecer melhorias estratégicas tanto organizacionais, físicas e pessoais do ambiente hospitalar, repercutindo numa melhor excelência do serviço ofertado e da assistência.

Metodologia

A pesquisa foi do tipo estudo de caso de caráter exploratório, pois avaliou as condições de trabalho e atendimento dos fisioterapeutas que trabalhavam nas enfermarias de hospitais públicos no município de João Pessoa. Gil (2008) esclarece que o estudo de caso envolve a pesquisa profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de maneira que se permita seu amplo e detalhado conhecimento. Quanto à abordagem, a pesquisa foi qualitativa. Minayo (1994) relata que a abordagem qualitativa considera o universo dos significados e os valores, que correspondem a um espaço mais profundo das relações de subjetividade do indivíduo.

Os hospitais escolhidos no município de João Pessoa - PB, para a realização da pesquisa foram: o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena (HEETSHL) e o Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), sendo os locais específicos para a coleta dos dados as enfermarias classificadas como clínica médica e cirúrgica adulto.

A amostra foi composta pelos fisioterapeutas que atendiam nas enfermarias e foi não probabilística por conveniência. No total existiam 25 fisioterapeutas que atendiam nos setores citados, mas foram entrevistados quinze fisioterapeutas, devido o conteúdo das entrevistas, começarem a apresentar saturação nas falas.

O instrumento para a entrevista dos fisioterapeutas foi elaborado em duas partes: a primeira estava voltada para a caracterização sócio-demográfica do profissional, e a segunda, era composta pelo roteiro de entrevista com questões sobre condições de trabalho, conforto e condições do local de repouso, carga horária e quantidade de atendimentos, quantitativo de profissionais, disponibilidade de equipamentos, remuneração e vínculo empregatício. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora da pesquisa, e o conteúdo foi registrado em gravação de áudio e transcrito para que as falas fossem submetidas à análise de conteúdo qualitativo, segundo o modelo proposto por Bardin (1997).

Constituíram etapas da análise de conteúdo das entrevistas: a fase da pré-análise, a análise do material e a interpretação. Na fase de pré-análise foram transcritas as entrevistas e feita a leitura flutuante, com o objetivo de familiarizar-se com o material. Na fase de análise do

material, os dados brutos foram trabalhados e decodificados, ou seja, foram feitos recorte, agregação e categorização dos conteúdos de forma a facilitar a análise (BARDIN, 1997). Para a categorização do material, tomou-se como base os objetivos desta pesquisa e as perguntas formuladas. A fase final da análise de conteúdo foi precisamente, o momento da interpretação de cada uma das categorias formuladas.

Foram seguidos os parâmetros ditados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantida a confidencialidade dos sujeitos, em todas as etapas da pesquisa, conforme preconizado, e segundo parâmetros adotados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz-PE, no qual a pesquisa foi submetida e aprovada sob parecer 2.647.659 para versão 1; 2.768.484 para versão 2; 3.061.916 para versão 3. A pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do HULW sendo aprovada sob parecer 3.202.585. As entrevistas só foram realizadas de acordo com a aceitação do entrevistado, expressa pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão

Caracterização dos fisioterapeutas que trabalham nas enfermarias

A amostra composta por 15 fisioterapeutas de ambos os sexos, funcionários de 3 unidades hospitalares no município de João Pessoa. Destes 26,7 % (n=4) trabalhavam no HEETSHL, 40,0% (n=6) no HMSI e 33,3% (n=5) no HULW.

Verificou-se predomínio de fisioterapeutas do sexo feminino com 66,7% de fisioterapeutas mulheres atendendo nas enfermarias (Tabela 1). Este resultado corrobora com as pesquisas de Dibai Filho et al (2010), Costa et al (2012) e Badaró e Guilhem (2011), que encontraram respectivamente 69,2%; 72,2%; e 83%, das equipes de fisioterapia compostas em sua maioria por mulheres. Para Matos, Toassi e Oliveira (2013) a feminização da força de trabalho tem se mostrado uma tendência tanto no Brasil como mundialmente, e o setor saúde está inserido neste contexto; Haddad et al (2010) complementam com a sua pesquisa sobre a formação profissional na área da saúde, onde estas apontaram que o sexo feminino prevalecia em 12 dos 14 cursos que foram avaliados.

A idade encontrada nos fisioterapeutas entrevistados variou entre 24 a 51 anos com média de $35,07 \pm 7,69$ anos, tendo o predomínio da faixa etária de 34 a 43 anos com 46,7% (Tabela 1). Este resultado divergiu um pouco do que foi encontrado na pesquisa de Costa et al

(2012) na qual a média de idade dos profissionais foi de $32,1 \pm 6,8$ anos, estando a maioria na faixa de 26 a 30 anos (37,0%); no estudo de Badaró e Guilhem (2011) onde a faixa de idade dos profissionais encontrava-se entre 22 a 30; e por Dibai Filho et al (2010) que encontrou uma média de idade de $30,01 \pm 6,31$ anos.

Quanto o estado civil, predominou em 60% dos fisioterapeutas estar solteiro (Tabela 1), fato que acompanha a tendência mundial de casar-se com idade mais elevada. No Brasil, pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontaram que no período dos anos de 1970 a 2014 a idade média para o casamento passou de 23 anos para 30 anos no lado das noivas, e de 27 anos para 33 anos no lado dos noivos.

A mudança de faixa etária para o casamento como relatam as pesquisas, pode ser justificada pela maior dedicação aos estudos e busca por maiores salários antes de ter a responsabilidade do matrimônio.

Tabela 1 - Distribuição dos fisioterapeutas segundo sexo, faixa etária e estado civil, 2020.

Sexo	Fisioterapeutas	
	N	%
Feminino	10	66,7
Masculino	5	33,3
Faixa etária		
24 a 33 anos	6	40,0
34 a 43 anos	7	46,7
44 anos ou mais	2	13,3
Estado Civil		
Solteiro	9	60,0
Casado	5	33,3
União consensual	1	6,7

Fonte: a autora.

Quanto ao tempo de formado dos fisioterapeutas abordados na pesquisa, 66,7% eram graduados de 5 a 14 anos (Tabela 2), demonstrando que estes já tinham uma certa experiência profissional no campo da fisioterapia. O tempo de formado entre os profissionais variou de 2 a 29 anos com média $11,87 \pm 8,06$. Na pesquisa de Costa et al (2012), constatou-se que 38,9% dos fisioterapeutas de sua pesquisa possuíam tempo de formado entre 1 e 5 anos, 27,8% entre 6 e 10 anos e 29,6% graduaram-se a mais de 10 anos, com média de $7,2 \pm 3,9$ anos; no estudo de Dibai Filho et al (2010) a média do tempo de formado dos profissionais estabeleceu-se em $6,40 \pm 5,77$ anos; ambos os resultados divergiram um pouco do encontrado na presente pesquisa, que mostrou que os fisioterapeutas dos hospitais do estudo tem um tempo maior de formados.

Quanto a característica nível de pós-graduação, 66,7% dos fisioterapeutas entrevistados informaram possuir especialização (Tabela 2), o que corrobora com o perfil dos fisioterapeutas das pesquisas de Dibai Filho et al (2010) onde 80,8%; e o estudo de Costa et al (2012) com 66,7% de fisioterapeutas especialistas.

Esta busca pela qualificação profissional mostra o interesse desses profissionais em se especializar e aperfeiçoar seu trabalho, contribuindo com melhora da assistência ao paciente.

Quanto a área de especialização mais encontrada entre os fisioterapeutas entrevistados, foi visto que a traumatologia respondia com 40%, seguida pela área cardiorrespiratória com 20% (Tabela 2). Ambas as áreas de especialização são muito importantes para o atendimento nas enfermarias, visto que na atual pesquisa, os usuários hospitalizados nestes locais tiveram principalmente como causa de internação problemas nos sistemas osteomuscular e respiratório.

Na pesquisa de Nozawa et al (2008) verificou-se que 71% dos fisioterapeutas possuíam especialização em fisioterapia cardiorrespiratória ou em terapia intensiva, mas estes trabalhavam em unidades de terapia intensiva. Percebe-se assim que o profissional busca a área de especialização de acordo com as exigências de seu meio laboral.

Tabela 2 - Distribuição dos fisioterapeutas segundo tempo de formado, nível e especialidade da pós-graduação, 2020.

Tempo de formado	Fisioterapeutas	
	N	%
Menos de 5 anos	2	13,3
5 a 14 anos	10	66,7
15 a 24 anos	1	6,7
25 anos ou mais	2	13,3
Nível de pós-graduação		
Especialização	10	66,7
Mestrado	4	26,6
Não possui	1	6,7
Especialidade		
Traumatologia	6	40,0
Cardio-respiratória	3	20,0
Terapia intensiva	2	13,3
Outra	3	20,0
Não possui	1	6,7

Fonte: a autora.

O tempo de trabalho na unidade hospitalar variou de 1 a 27 anos com média $5,87 \pm 5,57$; e o tempo de atuação no setor variou de 1 a 20 anos com média $4,00 \pm 4,97$, sendo que 40% dos fisioterapeutas já atuavam nas enfermarias por um período de 1 a 4 anos (Tabela 3).

Com relação ao vínculo empregatício, observou-se que a maioria dos fisioterapeutas (60%), encontrava-se no regime celetista (Tabela 3). No estudo de Dibai Filho et al (2010), com relação ao vínculo a maioria dos fisioterapeutas com 32,7% eram cooperados e em segundo 30,8% eram terceirizados; o vínculo estatutário mostrou-se baixo com 13,5%, corroborando com o que foi achado na atual pesquisa.

De acordo com o regime de trabalho, verificou-se que 86,7% dos fisioterapeutas entrevistados eram plantonistas, e que a maioria (60%) possuía outro vínculo empregatício, além do hospital.

Quanto a renda dos fisioterapeutas da pesquisa, identificou-se que a maioria (40%) tinha rendimento mensal acima de R\$ 4 mil, o que pode ser justificado pela maioria dos fisioterapeutas do estudo ter mais de um vínculo empregatício (Tabela 3). Costa et al (2012), identificaram no seu estudo que a média de rendimentos dos fisioterapeutas era de $2920,19 \pm 1218,41$, e a maior parte (25,9%) com rendimentos entre 2.000 e 3.000 reais, e na pesquisa de Dibai Filho et al (2010) a maioria dos fisioterapeutas (40,4%) recebiam 5 a 6 salários mínimos.

Tabela 3 - Distribuição dos fisioterapeutas segundo tempo de trabalho na enfermagem, tipo de vínculo empregatício e renda mensal, 2020.

Tempo de trabalho na enfermagem	Fisioterapeutas	
	N	%
Menos de 1 ano	5	33,3
1 a 4 anos	6	40,0
5 a 10 anos	3	20,0
Mais de 10 anos	1	6,7
Tipo de vínculo com o hospital		
Estatutário	2	13,3
CLT	9	60,0
Contrato temporário	4	26,7
Renda mensal		
Até 2000,00	4	26,7
De 2000,00 a 4000,00	5	33,3
Acima de 4000,00	6	40,0

Fonte: a autora.

Condições de atendimento e trabalho nas enfermarias dos hospitais

A partir da análise das entrevistas dos fisioterapeutas, foi realizada a categorização das falas, pelo critério semântico e formuladas 7 categorias, relacionadas às condições de atendimento e trabalho destes profissionais. As categorias foram elaboradas à posteriori, após uma exaustiva leitura e análise do material, e estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Categorias encontradas na análise de conteúdo das entrevistas dos fisioterapeutas, 2020.

Categorias	Subcategorias
Conforto e condições de repouso	Conquista de local para repouso
	Local de repouso multiprofissional
	Sem local de repouso
Quantitativo de fisioterapeutas nas enfermarias	Boa quantidade de profissionais
	Necessidade de mais profissionais
Carga horária de trabalho	Em conformidade com a Lei.
Equipamentos de trabalho e materiais descartáveis para o atendimento	Boa quantidade de equipamentos
	Demanda não suprida de equipamentos
	Fornecimento adequado de materiais pelo hospital
	Ausência eventual de materiais
Condições de trabalho	Condições adequadas de trabalho
	Dificuldades durante a realização do trabalho
Remuneração salarial	Remuneração acima da média
	Baixa remuneração
Vínculo empregatício	Estabilidade do vínculo
	Instabilidade do vínculo

Fonte: a autora.

Conforto e condições de repouso

De acordo com os relatos dos fisioterapeutas, percebeu-se que eles não tinham local para repouso, mas que houve a “conquista”, como foi frisado nas falas:

Nós não tínhamos um repouso adequado, agora que está se organizando. (...) Ficamos três anos sem repouso e era uma condição bem desagradável: você passava o dia sem ter um local onde você possa repousar, ter uma hora de conforto no seu trabalho. (F1)

A gente nem tinha repouso, o nosso repouso é uma conquista recente. (F2)

A gente passou muito tempo sem ter local de repouso, mas agora o que temos é adequado, confortável, supri 100% das necessidades. (F7)

Ter um local onde o profissional possa repor suas energias é de extrema importância, pois revigora seu estado físico, implicando na melhoria da assistência prestada por ele. Regis e Porto (2011), encontraram em sua pesquisa sobre situações de satisfação e insatisfação dos profissionais de enfermagem, que o local de descanso era apontado como um fator de insatisfação, por não ter uma boa estrutura; eles também destacaram, que o tempo de descanso era curto no serviço noturno e que durante o serviço diurno faltava tempo para descanso. Cargnin et al. (2019), também encontraram em sua pesquisa, insatisfação quanto ao repouso em 85% dos profissionais avaliados.

A jornada de trabalho no artigo 71 da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), antes da reforma trabalhista, apontava que em qualquer trabalho contínuo que exceda o limite de 6 horas, é obrigatório conceder ao trabalhador intervalo para repouso ou alimentação de, no mínimo, 1 hora. Entretanto, esse intervalo não pode exceder 2 horas. Pela nova regra da reforma trabalhista, o intervalo sobre a jornada de trabalho poderá ser negociado entre funcionários e empregadores, desde que tenha, pelo menos, 30 minutos. Essa mudança foi implementada por meio do inciso III do artigo 611-A da CLT.

A nova lei, 13.497/2017, estabeleceu que a convenção e o acordo coletivo têm prevalência sobre as leis trabalhistas no que diz respeito ao intervalo sobre a jornada de trabalho

Foi identificado ainda, nas falas dos fisioterapeutas, que não existia um local de repouso específico, sendo este em conjunto com outros profissionais:

Na enfermaria, a gente não tem [ambiente para repouso]. Tem que se adequar ao repouso da urgência ou ficar aqui na sala da enfermaria da coordenação. (F3)

(...) a gente da fisioterapia não tem um repouso. A gente usa o da enfermagem, como se fosse um multiprofissional. Então, assim, é péssimo. (F4)

(...) é um repouso grande e é um repouso para toda a enfermaria e os profissionais. (F13)

Aí complica. O repouso é coletivo, e é muita gente. (F14)

Nos relatos os fisioterapeutas afirmaram que o local de repouso era em conjunto ao profissional de enfermagem, e para este existe um projeto de lei 4998/16 em tramitação, no Senado, que obriga as instituições de saúde públicas e privadas, como hospitais e clínicas, a

oferecer condições adequadas de repouso, durante o horário de trabalho, aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e às parteiras.

Foi encontrado ainda, o discurso dos fisioterapeutas quanto à não existência de um local para repouso, as falas evidenciaram que em algumas instituições não existe local adequado para o repouso intrajornada e que o descanso acontece em salas destinadas a coordenação dos fisioterapeutas e para guardar materiais da fisioterapia:

Não temos repouso. Tem uma sala da fisioterapia, que fica o material, se eu precisar, ou usar o computador. (F8)

Não tenho local de repouso. (F9)

Infelizmente, não temos repouso. (...) A gente utiliza a sala da coordenação, e repouso que a gente tem é ficar sentado em uma cadeira. A gente não tem um local específico para repousar. (F10)

Aqui a gente tem só a sala da fisioterapia para ficar. Não tem repouso (...). (F11)

Não tenho local de repouso, não existe. Na hora do almoço, por exemplo, termino e venho pra sala de fisioterapia, evoluir. Não tem um repouso. (F12)

Este fato é preocupante, visto que o profissional de saúde assume imensa responsabilidade, na medida em que lida com a vida humana; e vários deles estão sujeitos a alta carga de trabalho, enfrentam altos níveis de desgastes e estresse, os quais podem gerar sérios danos à integridade física e psíquica deste profissional e do paciente por ele atendido (SILVA; ROTEMBER; FISHER, 2011).

Ter um local onde o profissional possa descansar e reconstituir suas forças seria extremamente benéfico, no ponto de vista da saúde e qualidade do atendimento prestado por este profissional.

Mendes (2009), em sua tese sobre a avaliação da qualidade das emergências, no capítulo sobre as motivações e as condições de trabalho oferecidas pelos hospitais, verificou nas instituições pesquisadas, que o tópico condições de repouso obteve resultados bem diferentes entre eles, sendo apontada em um hospital como péssima por 76,2% dos profissionais entrevistados; e em outra instituição como boa para 52,5% dos profissionais. Este resultado corrobora com o que foi postulado nas categorias sobre local de repouso anteriormente

descritas, onde as falas apontadas por alguns fisioterapeutas versaram sobre ter um local para repouso satisfatório, enquanto outras falas informaram que os fisioterapeutas não tinham local para repousar. Deve-se ainda levar em consideração, que cada hospital participante do atual estudo, tem sua estrutura gestora e física particular, fato que influenciaria em ter ou não um local de repouso para os fisioterapeutas.

Quantitativo de fisioterapeutas nas enfermarias

O déficit de trabalhadores para realizar as atividades laborais no setor de saúde é uma das causas geradora de violência contra este profissional e ocasiona sobrecarga de trabalho, estresse e diminuição na qualidade da assistência ao paciente, conseqüentemente isto implica em insatisfação por parte de familiares e pacientes. O trabalhador se sente desvalorizado, o que causa agonia e cansaço, além de levar ao surgimento de doenças somáticas (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

A resolução 444/14 (COFFITO) estabelece que o fisioterapeuta num turno de 6 horas, pode atender de 8 a 10 pacientes individualmente, com base nesta informação os gestores devem planejar o quantitativo de fisioterapeutas necessários para suprir a demanda do setor.

Os discursos dos fisioterapeutas apontaram para duas realidades, alguns profissionais indicaram a existência de boa quantidade de profissionais, e outros a necessidade de mais profissionais. As falas que apontaram para um número suficiente de fisioterapeutas para a demanda da enfermaria foram:

Acho que sim [é suficiente]. Acho que, às vezes, tem até demais. (F4)

Está suficiente. Em alguns momentos tem mais profissional do que precisaria, em alguns turnos específicos, mas está bem adequado. (F7)

Considero adequada para o atendimento (...). (F10)

O fisioterapeuta vem de uma formação profissional voltada a busca contínua do bem-estar do indivíduo. Sua atuação principal é na reabilitação, promovendo o restabelecimento de funções acometidas por lesões e/ ou doenças e para atuar de forma satisfatória, este profissional necessita ter um tempo adequado para prestar seu atendimento. É muito positivo para a qualidade da assistência quando o quantitativo de profissionais encontra se adequado, isto reflete diretamente na maior satisfação do usuário atendido, além de diminuir sobrecarga de

trabalho do fisioterapeuta, aumentando seu rendimento profissional e repercutindo em sua qualidade de vida no trabalho, com menos estresse, e adoecimento no geral (NASCIMENTO et al., 2017).

Em maior número, foram os relatos que apontaram necessidade de mais profissionais, mostrando que este profissional encontrava-se em quantitativo insuficiente para a demanda de pacientes internados nas enfermarias:

Eu acho que precisaria aumentar a quantidade de fisioterapeutas, devido ser um setor com demanda alta e com uma complexidade de pacientes elevada. Acho que necessitaria de mais profissionais. (F1)

A quantidade de fisioterapeutas para o setor ainda é insuficiente. (F2)

Eu acho pouco, porque se for um fisioterapeuta para 28 pacientes, fica complicado. (F3)

Eu acho que a gente podia ter um pouco mais de fisioterapeutas na equipe. (F5)

(...) No período que tem muito paciente grave, aí, realmente, um (fisioterapeuta) para duas alas, fica difícil. (F6)

Fica uma fisioterapeuta na enfermaria para todos os pacientes, são vinte e dois leitos. Poderia ter outra fisioterapeuta (...). (F11)

Não é suficiente. Têm pouquíssimos fisioterapeutas, inclusive, deveria ter, no mínimo, dois, aqui na clínica médica pra quantidade de pacientes que tem. (F12)

Poucos fisioterapeutas. Insuficiente para o setor. (F14)

Como também, observou-se verbalizações sobre a falta de profissionais para a cobertura completa de todos os turnos e dias da semana:

Eu acho que precisava da aquisição de mais recursos humanos, porque, no caso, o fim de semana fica descoberto e sexta, e mesmo na semana tem turnos descobertos. (F8)

Eu acho que está insuficiente, pois aqui não tem fisioterapeuta no fim de semana, se precisar tem que deslocar da clínica médica para atender aqui e, muitas vezes, lá já está superlotado. (F9)

A produção dos serviços de saúde depende da estrutura física, material e tecnológica disponível e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados, conforme Scalco; Lacerda e Calvo (2010); e esta diferença no discurso dos entrevistados, sobre ter quantitativo de fisioterapeuta suficiente ou não, provavelmente se deve a diferença da quantidade de profissionais de cada hospital pesquisado.

Ferreira et al (2017), em sua pesquisa evidenciaram a importância da atuação do profissional fisioterapeuta nas enfermarias hospitalares por contribuírem em diversos aspectos, como a redução do impacto do imobilismo no paciente, prevenção de contraturas musculares, diminuição do impacto sobre o sistema respiratório, além da redução do tempo de internação dos pacientes proporcionando rotatividade de leitos, contribuindo efetivamente para redução do risco de infecção hospitalar e diminuição de custos para o serviço.

Ter a cobertura dos turnos de trabalho, completa por esses profissionais, promoveria muitos benefícios tanto para os pacientes como para o hospital, pois a continuidade do atendimento é indubitavelmente importante para a recuperação dos internos e consequente diminuição do tempo de permanência deste no serviço.

Carga horária de trabalho

O profissional fisioterapeuta é um dos poucos profissionais da área de saúde que tem sua carga horária regulamentada em lei, sujeitos à prestação máxima de 30 horas semanais de trabalho, de acordo com a Lei nº 8.856/94. A maioria dos outros profissionais da saúde, como os enfermeiros, tem sua carga horária diversificada, sendo a mais comum 40 horas semanais.

Nesta categoria foi encontrado de maneira uniforme, relatos quanto a carga horária em conformidade com a lei, apontando para o cumprimento da carga horária semanal das 30 horas, como está preconizado pelos órgãos que regulamentam a profissão do fisioterapeuta:

É a carga horária que é estabelecida pelo conselho, de trinta horas. (F1)

A nossa carga horária é a que a lei determina: trinta horas semanais.

Nunca excede esse tempo. (F2)

Dentro do previsto: trinta horas semanais. Não tem o que questionar, não. (F6)

Está adequada. Segue a lei de noventa e quatro, às trinta horas semanais. (F7)

É compatível com a lei (...). (F8)

Carga horária conforme a lei: são trinta horas semanais. (F14)

Não é cansativa, segue o que está na legislação: às trinta horas. (F15)

Embora a carga horária do fisioterapeuta seja de 30 horas semanais, este profissional comumente tem mais de um vínculo empregatício, perfazendo na realidade até 60 horas semanais. Cabana et al. (2007), mostraram em seu estudo com médicos que jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais são um fator de risco para saúde e um indicador de precarização da vida desses profissionais e, provavelmente, dos atendimentos realizados por eles.

Garcia e Sousa (2019), em sua pesquisa com enfermeiros, corroboram com o estudo de Cabana et al. (2007), ao afirmar que o acúmulo de tarefas pode comprometer o desempenho e atuação do profissional, podendo afetar o seu pleno exercício de trabalho, provocando uma sobrecarga. Estes resultados podem ser inferidos aos fisioterapeutas, pois todos são profissionais da área de saúde.

Os profissionais da saúde estão expostos a muito estresse durante o desempenho de suas funções, principalmente os que trabalham no ambiente hospitalar, por se tratar de um setor de cuidados mais complexos. Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o estresse ocupacional é uma importante questão de saúde mundial, gerando um sério impacto negativo na saúde física e mental dos trabalhadores, interferindo na produtividade de suas atividades, e até mesmo em afastamento laboral (CARLOTTO; DIAS; BATISTA, 2015).

Equipamentos de trabalho e materiais descartáveis para o atendimento

De acordo com Garcia et al. (2012), no processo gerencial na área da saúde um dos setores mais complexos e de maior custo, que exige constantes atualizações devido as mudanças e surgimentos de novos produtos é a área de gestão de equipamentos e materiais hospitalares. Vasconcellos; Abreu e Maia (2012), complementam citando que a existência de recursos materiais e humanos adequados para o funcionamento e atendimento da demanda é essencial para reduzir o estresse no trabalho.

Nesta categoria buscou-se avaliar nas falas dos fisioterapeutas questões sobre equipamentos de trabalho e materiais descartáveis utilizados durante os atendimentos, sendo identificados discursos que apontaram para a boa quantidade de equipamentos, com a existência de um bom número de aparelhos para o atendimento de seus pacientes nas enfermarias:

Eu acho que o HU aqui da clínica médica tem um bom arsenal de equipamentos. Comparado com outros HUs que trabalhei, aqui é bem equipado. (F5)

(...) para realidade do nosso estado e quando eu vejo outros serviços, aqui a gente é privilegiado quanto ao número de equipamentos. (F6)

Os que tenho, hoje, a minha disposição são suficientes para que eu realize o meu trabalho. (F10)

Nas enfermarias, os dispositivos fisioterapêuticos mais utilizados nos atendimentos são os aparelhos para ventilação não invasiva, e dispositivos cinesioterapêuticos para o estímulo da parte motora do paciente.

Alguns relatos dos fisioterapeutas evidenciaram o contrário ao que foi dito anteriormente, ao citar uma demanda não suprida de equipamentos, ao informar sobre um quantitativo não suficiente, principalmente na vigência de grande demanda de pacientes:

(...) devido à demanda de pacientes e a complexidade, eu acredito que deveríamos ter acesso a mais equipamentos, principalmente interfaces de VNI que precisam ser renovadas. (F1)

Ainda falta um pouco, não tem uma quantidade suficiente para fazer todos os atendimentos. (F2)

Eu acho que deixa à desejar... (F3)

Não tem, assim, muito equipamento, não. (F4)

Poderia ter mais recurso. A gente entende que serviço público tem defasagem em recurso financeiro, mas precisava melhorar mais. (F8)

Sim, a gente tem um material de fisioterapia, mas não é totalmente suficiente. (F12)

Está pouco, não é muito não. (F13)

Segundo Souza et al. (2009), devido a precarização do trabalho, ocorre a falta, insuficiência e/ou inadequação dos recursos materiais para realização da atividade laboral; influenciando o trabalhador a lançar mão de artifícios a fim de dar cabo a tarefa, surgindo as adaptações e as improvisações, que são muito comuns no ambiente hospitalar.

Outra fala interessante dentro desta categoria, corrobora com o que Souza et al. (2009), citam:

(...), inclusive tem até algumas coisas que a gente tem no setor que a gente tenta utilizar com esses pacientes: a gente tenta fazer um haltere, a gente usa therabands, então a gente usa da nossa idéia, da nossa imaginação a gente cria o nosso atendimento. (F3)

Tentando minimizar os impactos dessa situação no desenvolvimento do trabalho, profissionais da saúde, buscam através da inteligência ou prática, superarem obstáculos e dificuldades encontradas na dinâmica laboral, auxiliando os trabalhadores na formulação de estratégias e táticas para driblar as adversidades advindas do trabalho real (SOUZA et al., 2009).

Discursos que atribuíram fornecimento adequado de materiais pelos hospitais, e a ausência eventual destes, também foram identificadas nas entrevistas dos fisioterapeutas.

A não ocorrência da falta de materiais descartáveis utilizados para o atendimento de pacientes, o que é algo positivo, por esses materiais servirem de forma sine qua non na prática de qualquer profissional da saúde, principalmente aqueles inseridos no âmbito hospitalar, como no caso dos fisioterapeutas que atendem nas enfermarias.

Não, não falta. (F3)

Tem, nunca falta não, é difícil. (F4)

Isso sempre tem, sem problemas. (F8)

Na maior parte do tempo é suficiente, raramente falta. Da para atender tranquilo. (F11)

Sempre tem, não falta. (F13)

Esse material tem, supre a necessidade. (F14)

Tem sempre esses EPIS, não falta. (F15)

A utilização de materiais descartáveis previne e diminui as taxas de infecções hospitalares, devendo o profissional estar paramentado com os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que parte dos materiais descartáveis (FERREIRA et al., 2017).

As falas sobre ausência eventual de materiais, evidenciou que existem momentos esporádicos de falta:

Esporadicamente ocorre uma falta. (F1)

Já ocorreu de faltar os EPIs, não é sempre, mas ocorreu de faltar algum material, luva de procedimento, avental. (F2)

Veza ou outra, em algum período que fica em falta. (F5)

Numa eventualidade se falta capote ou máscara N95, mas isso não é regra e sim exceção. (F7)

Tem, esporadicamente falta, mas de rotina não temos problema com isso não. Mas já aconteceu de chegar um dia e não ter uma máscara. (F9)

Na pesquisa de Dibai Filho et al. (2010), sobre o perfil dos fisioterapeutas da unidade de terapia intensiva, eles encontraram no discurso dos fisioterapeutas a categoria materiais e equipamentos, com falas que referiam falta de material básico, como luvas de procedimento e gaze; falta de alguns equipamentos para ventilação não invasiva (VNI), máscaras de VNI, fixadores e outros, o que corrobora com algumas das falas dos fisioterapeutas do presente estudo.

Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de atividades assistenciais aos pacientes. A escassez de alguns destes, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços (GARCIA et al., 2012).

Segundo Souza et al. (2009), o trabalho nos hospitais da rede pública de saúde é marcado pela intensa insuficiência de insumos hospitalares, tal situação passa por injunções políticas, econômicas, entre outros determinantes; vinculados às políticas dirigidas ao enxugamento da máquina pública, o que, em última instância, conduz à precarização do trabalho.

Condições de trabalho

As condições de trabalho nas instituições públicas vêm se mostrando influenciadora na saúde de seus profissionais. A crise no sistema de saúde brasileiro, principalmente nos hospitais públicos, não é algo atual, a gravidade deste problema vem aumentando após a reforma do Estado, tendo em vista que esta preconizou a redução de despesas (MAURO et al., 2010).

No âmbito hospitalar, as condições de trabalho podem ser consideradas em alguns casos inadequadas, devido particularidades do ambiente e atividades insalubres. acrescentando a falta

de qualificação, baixa remuneração, pessoal insuficiente, maior exposição a fatores de risco e convivência de funcionários em regimes trabalhistas diferentes, refletem negativamente na qualidade da assistência prestada ao usuário e compromete a satisfação do profissional segundo Lima Junior; Alchiere e Maia (2009).

Nesta categoria os relatos dos fisioterapeutas evidenciaram condições adequadas de trabalho, com narrativas que demonstram boas condições para o exercício profissional:

De uma forma geral, elas são suficientes para eu exercer minha profissão aqui. (F2)

De uma maneira geral, acho que as condições de trabalho estão boas. Não está ruim, não. (F4)

Considero como boa (...). (F6)

Considero que são boas as condições de trabalho, visto que não há sobrecarga de paciente, a carga horária de trabalho é adequada, os recursos físicos são bem razoáveis. (F7)

Tenho boas condições para exercer meu trabalho. (F10)

Minhas condições de trabalho são boas. (F15)

A saúde no trabalho resulta da interseção entre as características individuais dos sujeitos e de características biopsicossociais, as condições de trabalho podem ser compreendidas como relações no trabalho, a organização do processo de trabalho e as condições em que o sujeito exerce suas atividades (COSTA; BORGES; BARROS, 2015).

Segundo Macedo et al. (2018), o trabalho dependendo da forma como é vivenciado, pode trazer prazer ou sofrimento ao trabalhador. Fatores como ansiedade, depressão, grandes exigências, cumprimentos de tarefas em prazos sofríveis, desemprego, alto custo de vida, problemas familiares, concorrência, baixos salários, insatisfação com o trabalho contribuem para que o trabalhador apresente o estresse ocupacional.

Os fisioterapeutas no desempenho de seu trabalho no hospital, estão expostos a riscos e cargas ocupacionais que podem prejudicar sua qualidade de vida e resultar, inclusive, no surgimento das doenças relacionadas ao trabalho. Essas doenças podem trazer insatisfação e infelicidade ao profissional na sua atividade diária (NASCIMENTO et al, 2017).

Oliveira et al. (2019), acrescentam que estar insatisfeito com a sobrecarga de trabalho e condições de trabalho precárias, podem ocasionar exaustão física e mental, influenciando na

produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos usuários.

Remuneração salarial

Dentre os principais fatores associados à motivação dos colaboradores em uma organização, encontram-se a remuneração e os benefícios sociais, as condições físicas e psicológicas do trabalho e a segurança no ambiente laboral (CARVALHO et al., 2013).

Nesta categoria foram encontradas narrativas divergentes, indicando remuneração acima da média, e baixa remuneração, evidenciando diferenças salariais entre os hospitais. As falas de remuneração acima da média foram descritas por quatro fisioterapeutas:

Diante da realidade de outros vínculos da nossa profissão, é uma remuneração que está acima da média. (...) Mas em relação à média da categoria, eu acredito que está acima da média. (F1)

A minha remuneração em relação a outros hospitais, em relação ao estado e a prefeitura, ela é uma boa remuneração, inclusive a rede privada. (F2)

Já trabalhei em vários outros lugares e comparando com esses lugares e a quantidade de serviço que a gente tem, eu acho que a remuneração aqui está boa. (...) Eu estou satisfeita com meu salário. (F5)

(...) quando a gente compara com outros serviços, aqui se paga melhor. (F6)

A valorização profissional em sua maioria é tratada de forma secundária, dentre os gestores de saúde, que muitas vezes citam a valorização profissional, mas tratam estas medidas de forma secundária no processo de gestão, uma vez que a valorização salarial e bem-estar psíquico, social e profissional do trabalhador da área de saúde são ignorados (VIEIRA FILHO et al., 2018).

Segundo a Federação Nacional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO), o piso salarial mensal de um fisioterapeuta é cerca de R\$ 1,5 mil para uma carga semanal de 30 horas. Num ganho intermediário o profissional pode alcançar o salário na faixa de R\$ 4 a 5 mil. No auge da carreira e dependendo do local onde o fisioterapeuta trabalha, o

salário mensal chega a R\$ 10 mil, podendo variar para mais ou para menos. Existe um projeto de lei (PL 5979/2009) em tramitação para aumentar o piso salarial dos fisioterapeutas, fixando-o em R\$ 4.650 mensais.

Nas falas de baixa remuneração, os fisioterapeutas mostram descontentamento com seu salário apontando para desvalorização do profissional:

Eu acho que o trabalho que é realizado pela fisioterapia não é recompensado financeiramente. (...) acho muito pouco o que se ganha, por isso, às vezes nos deixa insatisfeita (...). (F4)

Vinte e sete anos de serviço público e (...). Eu ganhava melhor quando entrei do que agora. (...) É péssimo. (...) Eu não tenho reajuste salarial, então o que adiantou me qualificar se isso não é valorizado. (F8)

Muito ruim. Desvalorização imensa do profissional. (...) Insatisfação total. (...) o salário é muitíssimo baixo e há muitos anos que não tem aumento. (F9)

Acho baixa, pequena, pouca, ridícula, medíocre. (F10)

É uma remuneração baixa. A profissão poderia ser mais valorizada. (F11)

Infelizmente a gente é mal remunerado (...), muito ruim. Não estou satisfeita. (F12)

A remuneração é complicada. Acho bem baixa. Não é satisfatória. (F14)

O Fisioterapeuta vem de uma formação profissional voltada a busca contínua do bem-estar do indivíduo. Sua atuação principal é na reabilitação, porém, devido baixas remunerações do mercado, sua rotina pode estar submetida a árduas jornadas de trabalho e plantões sequenciados o que pode gerar resultados negativos para a saúde física do profissional (NASCIMENTO et al., 2017).

Na pesquisa de Nogueira et al. (2019), com profissionais da saúde, encontraram taxas altas de insatisfação com a remuneração chegando a 100% de insatisfação para categoria técnicos de enfermagem. Guedes et al. (2013), corroboram ao encontrar nos resultados de seu estudo, que profissionais da saúde consideram a remuneração salarial injusta e insatisfatória em contrapartida às responsabilidades assumidas.

Carvalho et al. (2013), salientam que a remuneração é um item que atua como estímulo para que o colaborador se sinta satisfeito e motivado com suas atividades profissionais, ao passo que, quanto mais satisfeito, desempenhará com mais afinco e eficácia suas atividades dentro da organização.

A remuneração é um aspecto responsável pelo desempenho, motivação e satisfação no trabalho, porém é comumente citado pelo profissional de saúde, como causador de preocupação e insatisfação no trabalho (SILVA; VELASQUE; TONINI, 2017).

Vínculo empregatício

A jornada de trabalho dos profissionais de saúde tem sido cada vez mais extenuante, e muitas vezes este profissional necessita de vários vínculos empregatícios para garantir seu sustento. Dentro desta categoria foram percebidos discursos indicando condições estabilidade e instabilidade do vínculo.

Apenas as falas de três fisioterapeutas indicaram o sentimento de estabilidade com o vínculo empregatício por serem concursados:

(...) como prestei um concurso para estar aqui, eu acredito que tenha uma estabilidade. (...) enquanto ela (empresa) existir, eu tenho estabilidade aqui, pois sou um bom profissional e desempenho a minha função com maestria. (F2)

Sinto que tenho estabilidade, sou concursada. (F9)

Eu me sinto segura. Acho que tenho boa estabilidade. (F13)

Por outro lado, a maioria dos relatos foram sobre a instabilidade do vínculo, por tratar-se de contratação temporária ou celetista:

A gente sempre fica receoso. Aquele profissional que trabalha em regime de CLT sempre tem esse receio de perder o vínculo, (...). (F1)

Abro um parêntese grande: é um emprego estável de acordo com a maré política, como prestador de serviço. (...) Durante um tempo existe estabilidade e após a mudança dos ventos políticos deixa de existir esta estabilidade. Não tenho sentimento de estabilidade. (F10)

Como prestadora de serviço é muito instável. Não é uma coisa que a gente tem garantia. (F11)

Não tenho estabilidade de forma alguma. Serviço prestado está hoje aqui e amanhã pode não estar. (F12)

Não sinto estabilidade nenhuma no meu emprego. (F14)

Não, porque não é concurso. A gente é meio em regime de CLT, não tem estabilidade. (F15)

A experiência da precarização do trabalho no Brasil é fruto do Estado neoliberal globalizado, calcado na exploração da força de trabalho, no desmonte dos coletivos organizados e da resistência sindical-corporativa (SOUZA; SALDANHA; MELO, 2014).

Para Vasconcellos; Abreu e Maia (2012), o contrato temporário com o hospital pode reduzir o envolvimento do trabalhador com o serviço, uma vez que quando o profissional contratado se torna integrado ao cotidiano do hospital e é capaz de reivindicar melhorias para seu trabalho expira o prazo contratual. Outro aspecto que sofre prejuízos com o término do contrato é a questão técnica, devido à substituição do profissional capacitado e adaptado ao serviço por outro muitas vezes inexperiente.

Questões como a precarização do vínculo e a falta de incentivos não estimulam a permanência dos trabalhadores nas funções, levando-os a buscar melhores oportunidades, implicando em alta rotatividade dos profissionais de saúde no Brasil como apontam Scalco; Lacerda e Calvo (2010).

Considerações finais

Diante de todas as falas transcritas e discutidas, percebe-se a complexidade que permeia as condições do trabalho humano, principalmente quando este envolve questões na área da saúde. A crescente complexidade de demandas e responsabilidades advindas do labor e das instituições de saúde, promovem sentimentos tendencialmente ansiogênicos nos profissionais da saúde, que podem ser exacerbados por más condições de trabalho e remuneração.

Buscar o equilíbrio entre o trabalho, a satisfação laboral e a qualidade da assistência, são os desafios que permeiam a relação entre o empregador e o funcionário, sendo aqui inferidos aos hospitais e fisioterapeutas. O equilíbrio nesta relação é indubitavelmente o caminho para o sucesso e melhoria da assistência oferecida aos usuários.

Nota: Este artigo foi produto de um recorte da tese de doutorado em Saúde Pública intitulada Avaliação da qualidade da assistência fisioterapêutica hospitalar, de Kelly Patrícia Medeiros Falcão Pascoal, apresentada ao Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ- PE). A pesquisa não foi financiada por órgão de fomento e não apresenta conflito de interesses.

REFERENCIAS

- ALVES, Andréa N. A importância da atuação do fisioterapeuta no ambiente hospitalar. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 173-18, 2012.
- BADARÓ, Ana F. V.; GUILHEM, Dirce. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 445-54, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1997.
- BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D.A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2019.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700070&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2019.
- CABANA, M. C. F. L et al. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 33-40, 2007.
- CARGNIN, Z. A. et al. Dor lombar inespecífica e sua relação com o processo de trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-10, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100358&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2019.
- CARLOTTO, M. S. et al. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 1, p. 13-23, 2015.
- CARVALHO, J. F. et al. Qualidade de vida no trabalho e fatores motivacionais dos colaboradores nas organizações. **Educação em Foco**, Juiz de Fora, v. 9, n.7, p. 21-31, 2013.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 out 1969. Seção I, p. 3658. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5. Acesso em: 02 set. 2017.
- _____. Lei nº 6316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 18 dez 1975. Seção I, p. 16805 a 16807. Disponível em:

http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5. Acesso em: 02 set. 2017.

_____. Lei nº 8856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 02 mar de 1994. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=506&psecao=5. Acesso em: 02 set. 2019.

_____. Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 out 2014. Seção I, p. 104-5. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecao=9. Acesso em: 02 set. 2019.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO – **CLT e normas correlatas**. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2017.

COSTA, M. T. P.; BORGES, L. O.; BARROS, S.C. Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários. **Revista de Psicologia: Organizações e Trabalho [online]**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 43-58, 2015.

DIBAI FILHO, A. V. et al. Análise do perfil dos fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió/AL. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 192-197, 2010.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS (FENAFITO). **Referencia salarial 2016-2017**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.fenafito.com.br>. Acesso em: 17 nov. 2019.

FERREIRA, J. et al. Atuação do fisioterapeuta em enfermaria hospitalar no Brasil. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p. 788-799, 2017.

GARCIA, S. X.; SOUSA, L. A. A. Os fatores estressantes em enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 5, n. 1, p. 60-69, 2019.

GARCIA, S. D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 339-346, 2012.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUEDES, S. A. G. et al. Análise da satisfação dos profissionais de saúde da família com as condições de trabalho. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p.121-130, 2013.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública (online)**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p.383-393, 2010.

IBGE. **Estatísticas do Registro Civil (RC) 2019**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 dez. 2019.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, 2009.

LIMA JUNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 670-676, 2009.

MACEDO, A. T. S. et al. Estresse Laboral em Profissionais da Saúde na Ambiência da Unidade de Terapia Intensiva. **Id on Line Revista Multidisciplinar em Psicologia (online)**, Juazeiro do Norte, v.12, n. 42, p. 524-547, 2018.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M.C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: Tendências e implicações. **Athenea Digital**, Barcelona, v. 13, n. 2, p 239-244, 2013.

MAURO, M. Y. C. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 1, p. 13-18, 2010.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. 2009. 287f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

METZKER, C. A. B. **O fisioterapeuta e o estresse no trabalho: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte - MG**. 2011. 111f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Rio de Janeiro, 1994.

NASCIMENTO, C. P. et al. Síndrome de burnout em fisioterapeutas intensivistas. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v.7, n. 2, p.188-198, 2017.

NOGUEIRA, F. J. S. et al. Satisfação dos profissionais da estratégia saúde da família no município de fortaleza (CE). **Saúde e Pesquisa.**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 151-158, 2019.

NOZAWA, E. et al. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.15, n.2, p.177-82, 2008.

OLIVEIRA, F. S. et al. Assessment of users' satisfaction in physiotherapy service. **Manual Therapy Posturology & Rehabilitation Journal**, Maringá, v. 14, n. 421, p. 1-8, 2016.

OLIVEIRA, J. F. et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 24, n. 7, p. 2593-2599, 2019.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 334-341, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2019.

RUSSO, R. C. et al. Perfil de formação profissional dos fisioterapeutas das unidades de terapia intensiva da cidade de Maceió. **Revista Assobrafir Ciência**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.21-30, 2012.

SANTOS, A. S. et al. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, 2017. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2019.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J.; CALVO, M.C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, 2010.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SILVA, P.L.A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta**. Goiânia, 2006. 91 p. [Dissertação de Mestrado em Fisioterapia]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Católica de Goiás, 2006.

SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, 2011.

SILVA, V.R; VELASQUE, L. S.; TONINI, T. Satisfação profissional de uma equipe de enfermagem oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 988-95, 2017.

SOUZA, A. et al. Indicadores de internações hospitalares e conforto humano para os municípios do pantanal sul-mato-grossense. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 19, n. 1, 2013.

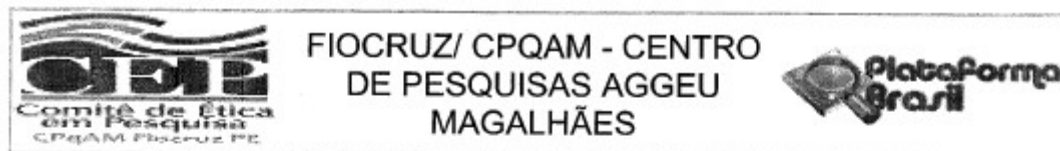
SOUZA, A. A. et al. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão da USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009. Disponível em: www.revistas.usp.br/rege/article/download/36675/39396/0. Acesso em: 17 out. 2019.

SOUZA, T. S.; SALDANHA, J. H. S.; MELLO, I. M. As relações de trabalho dos fisioterapeutas na cidade de Salvador, Bahia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.1301-1315, 2014.

VASCONCELLOS, I. R. R.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n. 2, p. 167-175, 2012.

VIEIRA FILHO, L. V. et al. Estresse e a necessidade da valorização profissional na implantação dos processos de humanização do SUS (Humanizadas). **Anais da Faculdade de Medicina de Olinda**, Recife, v. 2, n. 2, p. 75- 80, 2018.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Assistência Fisioterapêutica Hospitalar

Pesquisador: Kelly Patrícia Medeiros Falcão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86325618.4.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.647.659

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Curso de Doutorado em Saúde Pública, orientado pelo Dr. Antônio Mendes, que busca avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa. Para tanto, será realizado um estudo de caso de caráter exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, em dois hospitais públicos de João Pessoa, que são referências de atendimento hospitalar.

Objetivo da Pesquisa:

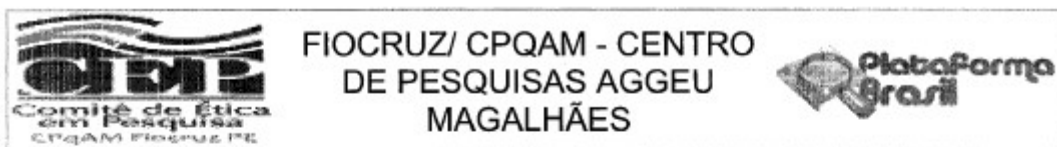
OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos, segundo os fisioterapeutas;
- Analisar a percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas unidades;
- Avaliar a satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos recebidos;
- Realizar uma avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº		CEP: 50.670-420
Bairro: Cidade Universitária		
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639	E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.647.659

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação na pesquisa apresenta risco mínimo de constrangimento, no entanto será garantido ao participante a confidencialidade dos dados e preservação do anonimato, conforme está descrito no TCLE. Os benefícios gerados por essa pesquisa serão conhecer como está a qualidade da assistência fisioterapêutica nos hospitais públicos, para identificar o que pode ser corrigido e com isto poder melhorar a assistência ofertada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, um estudo de caso de caráter exploratório, terá abordagem qualitativa e quantitativa e será realizada em dois hospitais públicos de João Pessoa, que são referência em atendimento hospitalar. Serão estudados o Hospital Universitário Lauro Wanderley e o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

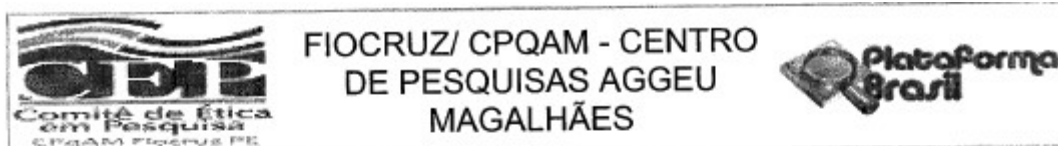
A população do estudo será constituída pelos usuários e fisioterapeutas dos dois hospitais, os coordenadores dos serviços de fisioterapia, os gestores das unidades hospitalares e estadual responsáveis pela assistência à saúde.

A amostra dos usuários será não probabilística, composta por todo universo dos usuários internados no período de 02/05/2018 à 06/09/2018, nas enfermarias classificadas como clínica médica adulto, que estejam recebendo atendimento fisioterapêutico e que se enquadrem nos critérios de inclusão da pesquisa. A partir de um levantamento prévio, chegou-se a estimativa de 240 usuários a serem entrevistados. Já o número de profissionais será 20 fisioterapeutas e 5 gestores, totalizando 265 participantes da pesquisa.

Para coleta das informações dos usuários será utilizado um questionário estruturado construído a partir da Matriz Conceitual. A coleta das informações dos fisioterapeutas ocorrerá em seu local de trabalho, durante o intervalo de sua jornada laboral, através de um questionário estruturado. A coleta das informações dos coordenadores e gestores ocorrerá em seus locais de trabalho, após agendamento prévio do encontro, através de uma entrevista, que será registrada tanto de forma escrita, como por gravação de áudio (p. 40 do projeto de pesquisa).

O processamento e análise dos dados serão baseados na proposta metodológica de Avaliação por triangulação de métodos, que divide esse processo em duas partes: análise interna do material e análise contextualizada e triangulada dos dados. A primeira etapa será a avaliação dos dados e resultados de cada instrumento; na segunda etapa será feita a relação entre as variáveis dos instrumentos dos usuários, fisioterapeutas, coordenadores e gestores; e na terceira e última etapa, será feita a contextualização de todo material para a formulação de respostas do que se quer

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	CEP: 50.670-420
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639
E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br	



Continuação do Parecer: 2.647.659

avaliar.

Os dados quantitativos coletados serão tabulados em planilhas do Microsoft Office Excel 2007 e analisados utilizando o Software SPSS 14 (Statistical Package for the Social Sciences). Já os dados qualitativos serão trabalhados através da técnica da análise de conteúdo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto - apresentada em conformidade com a proposta de pesquisa e com as assinaturas do pesquisador e do diretor do IAM.

Instrumentos de coleta de dados - apresentados os questionários que serão aplicados junto aos usuários, profissionais e gestores.

Carta de Anuência - apresentada Carta de Anuência do Hospital Estadual. Em relação ao Hospital Universitário, foi apresentada a Ficha de Cadastro do Projeto de Pesquisa junto à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital.

TCLE - A pesquisadora apresenta 4 TCLEs (usuário, profissional, coordenador e gestor).

Declaração de Participação na Pesquisa - apresentada em conformidade com o que solicita o CEP/IAM.

Declaração para envio dos relatórios - apresentada conforme solicita o CEP/IAM.

Cronograma - a coleta de dados está prevista para ter início em 02/05/2018.

Equipe - pesquisadora (estudante de doutorado) e orientador.

Orçamento - o projeto terá financiamento próprio.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

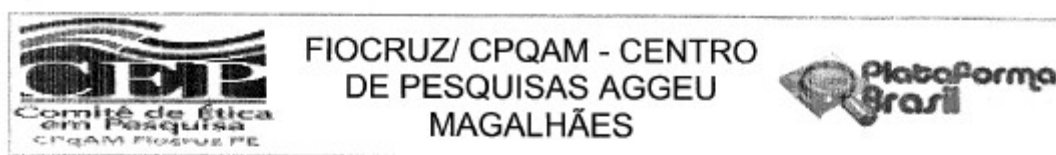
O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Foram apresentadas as documentações exigidas pelo sistema CEP/CONEP em atendimento à RES. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.647.659

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecoordenadorcorrigido.docx	10/05/2018 11:20:24	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestorcorrigido.docx	10/05/2018 11:19:51	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	anuenciaHUnova.pdf	10/05/2018 11:17:36	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1018066.pdf	20/03/2018 13:49:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuariocerto.doc	20/03/2018 13:47:47	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestorcerto.docx	20/03/2018 13:47:09	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefisiocerto.docx	20/03/2018 13:46:46	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	deccompromissocerto.pdf	20/03/2018 13:45:32	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecoordenadorcerto.docx	20/03/2018 13:42:09	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetopcepcerto.doc	20/03/2018 13:41:38	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decparticipartecerto.pdf	20/03/2018 13:39:57	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	novaanuenciahu.pdf	15/03/2018 15:01:26	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	novaanuenciaestado.pdf	15/03/2018 15:00:56	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentousuariospcep.docx	15/03/2018 15:00:04	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentofisiopcep.docx	15/03/2018 14:59:26	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentogestorestadualpcep.docx	13/03/2018	Kelly Patrícia	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

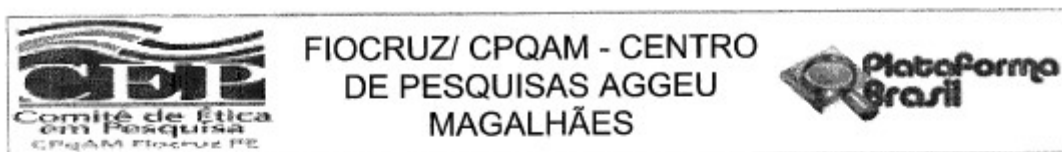
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.647.659

Outros	instrumentogestorestadualpcep.docx	16:00:41	Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentogestoresdasunidhosppcep.docx	13/03/2018 15:59:55	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentocoordenadorespcep.docx	13/03/2018 15:59:14	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	13/03/2018 15:44:37	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito

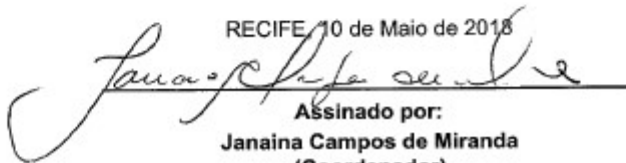
Situação do Parecer:

Aprovado

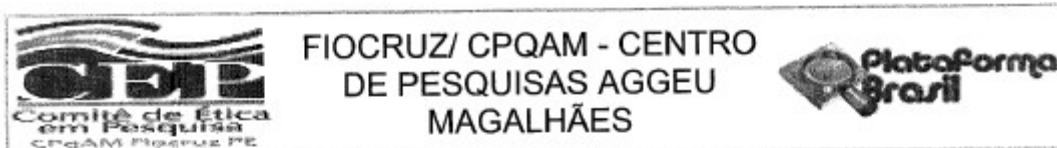
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Maio de 2018


Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Assistência Fisioterapêutica Hospitalar

Pesquisador: Kelly Patrícia Medeiros Falcão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86325618.4.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.768.484

Apresentação do Projeto:

Esta segunda versão do projeto de pesquisa do curso de Doutorado em Saúde Pública, que busca avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa, apresenta uma emenda, na qual um dos hospitais onde será realizado o estudo para a ser co participante da pesquisa (Hospital Universitário Lauro Wanderley).

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo é avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE a pesquisadora garante a confidencialidade dos dados e a preservação do anonimato do participante do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

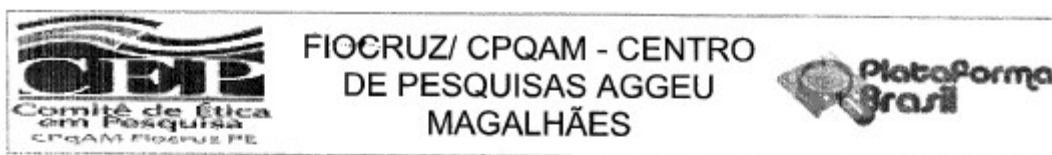
Pesquisa elaborada de forma adequada e com validade científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou novos TCLEs (gestor e coordenador), onde insere que a entrevista será gravada (conforme consta no corpo do projeto).

Na medida que o Hospital Universitário Lauro Wanderley tornar-se co participante do estudo, fica a pesquisadora liberada de apresentar carta de anuência do mesmo.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.788.484

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresentada foi considerada adequada, pois complementa a documentação necessária para inclusão do Hospital Universitário Lauro Wanderley, com a devida carta de anuência.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos na emenda em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1144225_E1.pdf	24/05/2018 22:46:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocepcerto.doc	24/05/2018 22:43:47	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecoordenadorcorrigido.docx	10/05/2018 11:20:24	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestorcorrigido.docx	10/05/2018 11:19:51	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	anuenciaHUnova.pdf	10/05/2018 11:17:36	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuariocerto.doc	20/03/2018 13:47:47	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tclegestorcerto.docx	20/03/2018 13:47:09	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

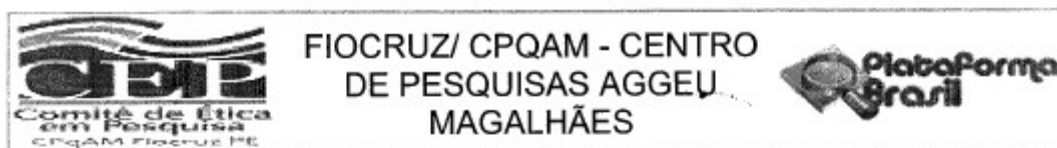
CEP: 50.670-420

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.768.484

Justificativa de Ausência	tclegestorcerto.docx	20/03/2018 13:47:09	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefisiocerto.docx	20/03/2018 13:46:46	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decompromissocerto.pdf	20/03/2018 13:45:32	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecoordenadorcerto.docx	20/03/2018 13:42:09	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decparticipantecerto.pdf	20/03/2018 13:59:57	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	novaanuenciahu.pdf	15/03/2018 15:01:26	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	novaanuenciaestado.pdf	15/03/2018 15:00:56	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentousuariospcep.docx	15/03/2018 15:00:04	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentofisiopcep.docx	15/03/2018 14:59:26	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentogestorestadualpcep.docx	13/03/2018 16:00:41	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentogestoresdasunidhospcep.docx	13/03/2018 15:59:55	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentocoordenadorespcep.docx	13/03/2018 15:59:14	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	13/03/2018 15:44:37	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito

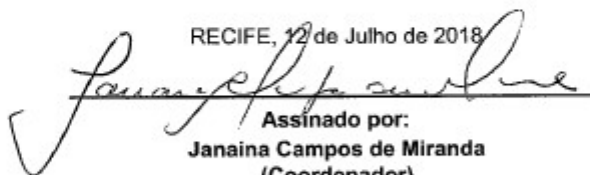
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Julho de 2018


Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

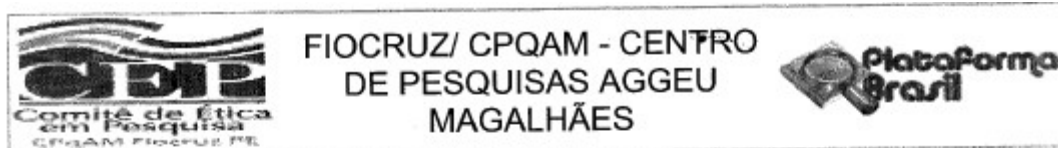
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Qualidade da Assistência Fisioterapêutica Hospitalar

Pesquisador: Kelly Patrícia Medeiros Falcão

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 86325618.4.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.061.916

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda, justificada pela inclusão do Hospital Municipal Santa Isabel como local de coleta, sendo acrescentada na documentação o Termo de Anuência desta instituição. Foi modificada a técnica de coleta dos dados dos fisioterapeutas que passará a ser uma entrevista, sendo assim modificado o instrumento de coleta e o TCLE deste grupo. Também foi atualizada as datas no cronograma e corrigido o início de coleta no Hospital Universitário como foi pedido pelo comitê de ética desta instituição.

Objetivo da Pesquisa:

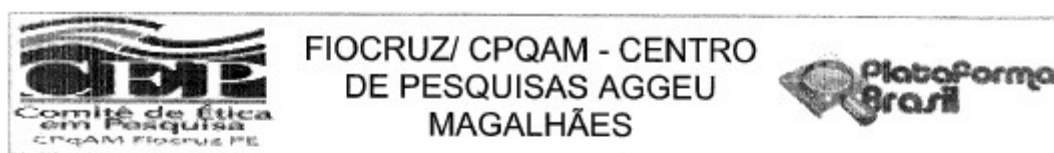
OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar as condições de atendimento e trabalho oferecidas nos hospitais públicos, segundo os fisioterapeutas;
- Analisar a percepção dos gestores e coordenadores sobre a assistência fisioterapêutica prestada nas unidades;
- Avaliar a satisfação dos usuários com os cuidados fisioterapêuticos recebidos;
- Realizar uma avaliação síntese da qualidade da assistência fisioterapêutica na rede pública hospitalar do município de João Pessoa.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.081.916

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora reafirma a minimização de risco de constrangimento, garantindo também o anonimato nas respostas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Houve a inserção de um novo local para coleta de dados (Hospital Municipal Santa Isabel), apresentando a Carta de Anuência.

Houve também modificação na técnica de coleta de dados dos fisioterapeutas, sendo apresentado novo TCLE e instrumento de coleta.

Também foi realizada a atualização do cronograma, tanto para a coleta de dados do Hospital Municipal Santa Isabel como para o Hospital Universitário (solicitado pelo CEP).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE fisioterapeutas - apresentado conforme estabelece a Resolução 466/2012.

Carta de Anuência do Hospital Municipal Santa Isabel - apresentado em conformidade com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há recomendações. Emenda aprovada na íntegra!

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresentada ao projeto está em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012.

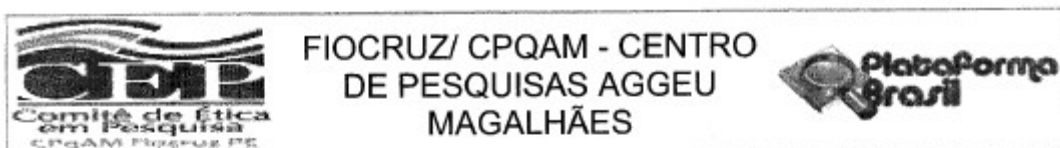
Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos da emenda em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

Este parecer foi elaborado baseando nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1249389 E2.pdf	01/11/2018 21:55:29		Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES

Continuação do Parecer: 3.061.916

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocepemenda2.doc	01/11/2018 21:44:01	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	anuenciasantaisabel.pdf	01/11/2018 01:07:06	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentofisioemenda2.docx	01/11/2018 01:05:22	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclefisioemenda2.doc	01/11/2018 01:02:24	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecoordenadorcorrigido.docx	10/05/2018 11:20:24	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestorcorrigido.docx	10/05/2018 11:19:51	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	anuenciaHUnova.pdf	10/05/2018 11:47:36	Janaina Campos de Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEusuariocerto.doc	20/03/2018 13:47:47	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclegestorcerto.docx	20/03/2018 13:47:09	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	deccompromissocerto.pdf	20/03/2018 13:45:32	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecoordenadorcerto.docx	20/03/2018 13:42:09	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decparticipantecerto.pdf	20/03/2018 13:39:57	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	novaanuenciahu.pdf	15/03/2018 15:01:26	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	novaanuenciaestado.pdf	15/03/2018 15:00:56	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentousuariospcep.docx	15/03/2018 15:00:04	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentogestoresadualpcep.docx	13/03/2018 16:00:41	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito
Outros	instrumentogestoresdasunidhosppcep.docx	13/03/2018 15:59:55	Kelly Patrícia Medeiros Falcão	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

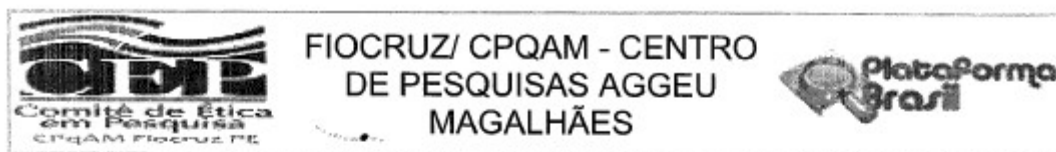
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 3.061.916

Outros	instrumentocoordenadorespcep.docx	13/03/2018 15:59:14	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	13/03/2018 15:44:37	Kelly Patricia Medeiros Falcão	Aceito

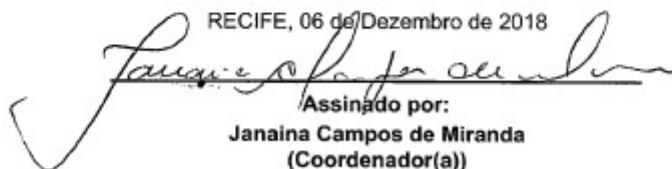
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 06 de Dezembro de 2018



Assinado por:

**Janaina Campos de Miranda
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br