



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**ORGANIZAÇÃO E IMPACTO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DO ALGARVE**

PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA

Dissertação de Mestrado para obtenção de Grau de Mestre em Gestão de Unidades de
Saúde

**Trabalho Orientado pela Professora Doutora Eugénia Maria Dores Maia Ferreira
Castela**

Professora Auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

Trabalho Coorientado pela Professora Mestre Ana Maria Duarte Inácio Marreiros

Assistente do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes

2012



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE ECONOMIA

**ORGANIZAÇÃO E IMPACTO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DO ALGARVE**

PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA

**Trabalho Orientado pela Professora Doutora Eugénia Maria Dores Maia Ferreira
Castela**

Professora Auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

Trabalho Coorientado pela Professora Mestre Ana Maria Duarte Inácio Marreiros

Assistente do Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes

2012

DECLARAÇÃO DE AUTORIA DO TRABALHO:

“Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve”

Declaro ser a autora do trabalho “ORGANIZAÇÃO E IMPACTO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO ALGARVE, que é original e inédito. Os autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da lista de referências bibliográficas nele incluída.

“Copyright” Paula Alexandra Teixeira Mendes Batista, Universidade do Algarve, Faculdade de Economia

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que me incentivaram neste desafio, que me deram alento nos momentos desolados e coragem nos obstáculos; em particular, ao meu marido, meu grande incentivador.

Dedico, ainda, a todos os fisioterapeutas que acreditam que a competência e o reconhecimento se conquistam com trabalho, dedicação e rigor científico.

“A auto-satisfação é inimiga do estudo. Se queremos realmente aprender alguma coisa devemos começar por nos libertar disso. Em relação a nós próprios devemos ser insaciáveis na aprendizagem e em relação aos outros, insaciáveis no ensino”

MAO TSE-TUNG

“ O valor de todo o conhecimento está no seu vínculo com as nossas necessidades, aspirações e ações; de outra forma, o conhecimento torna-se um simples lastro de memória, capaz apenas – como um navio que navega com demasiado peso – de diminuir a oscilação da vida quotidiana.

KLIUTCHEVSKI

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	X
AGRADECIMENTOS.....	XII
RESUMO	XIII
ABSTRACT	XIV
Capítulo 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....	1
Capítulo 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2.1 Cuidados de Saúde Primários.....	7
2.1.1 Definição e Conceitos.....	7
2.1.2 História e Evolução dos CSP em Portugal.....	8
2.1.3 Profissionais dos CSP.....	12
2.1.4 Caracterização e Organização dos CSP em Portugal	15
2.1.5 Metas, Áreas e Programas de Intervenção dos CSP.....	19
2.1.6 Caracterização e Organização dos CSP do Algarve	21
2.2 Fisioterapia.....	27
2.2.1 Definição e Conceitos.....	27
2.2.2 História e Evolução da Fisioterapia em Portugal.....	29
2.2.3 Caracterização e Organização da Fisioterapia em Portugal.....	31
2.2.4 Áreas e Programas de Intervenção da Fisioterapia.....	36
2.3 Fisioterapia nos CSP.....	38
2.3.1 Contextos, Definições e Conceitos.....	38
2.3.2 Fisioterapia nos CSP em Portugal.....	43
2.3.3 Fisioterapia nos CSP do Algarve.....	46
Capítulo 3. METODOLOGIA	50

3.1 Populações e Amostras do Estudo	50
3.1.1 Amostra de Utentes	50
3.1.2 Critérios de Exclusão da Amostra.....	51
3.2 Recolha de Dados e Instrumentos	51
3.2.1 Questionário dos Fisioterapeutas.....	51
3.2.2 Questionário dos Utentes.....	52
3.3 Variáveis do Estudo	53
3.4 Tratamento dos Dados e Análise Estatística.....	55
3.4.1 Análise de Correlação Canónica Não Linear: OVERALS	55
3.4.2 Análise de <i>Clusters</i>	56
3.4.3 Definição dos Conjunto de Variáveis (<i>SET</i>).....	57
Capítulo 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
4.1 Análise Descritiva dos Dados.....	61
4.1.1 Caraterísticas Sociodemográficas e Profissionais dos Fisioterapeutas...	61
4.1.2 Áreas e Atividades de Intervenção da Fisioterapia.....	62
4.1.3 Local e Condições de Trabalho dos Fisioterapeutas.....	68
4.1.4 Grau de Satisfação e Expetativas dos Fisioterapeutas.....	69
4.1.5 Caraterísticas Sociodemográficas dos Utentes de Fisioterapia.....	70
4.1.6 Caraterísticas dos Tratamentos e Intervenções de Fisioterapia.....	72
4.1.7 Satisfação e Expetativas dos Utentes de Fisioterapia.....	73
4.2 Análise Multivariada dos Dados: OVERALS.....	75
4.2.1 Perfis dos Fisioterapeutas.....	76
4.2.2 Perfis dos Utentes de Fisioterapia.....	81
Capítulo 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86
Capítulo 6. CONCLUSÕES.....	92
ANEXOS	95
Anexo A – Autorização da ARS do Algarve, I.P.	95
Anexo B – Autorização do ACES Algarve I – Central	96
Anexo C – Autorização do ACES Algarve II – Barlavento	97
Anexo D – Autorização do ACES Algarve III – Sotavento	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

APÊNDICES:	109
Apêndice A – Cronograma.....	110
Apêndice B – Requerimento de Autorização à ARS do Algarve, I.P.....	111
Apêndice C – Questionário dos Fisioterapeutas.....	114
Apêndice D – Termo de Consentimento Informado dos Fisioterapeutas.....	120
Apêndice E – Questionário dos Utentes.....	121
Apêndice F – Termo de Consentimento Informado dos Utentes.....	123
Apêndice G – Estatística Descritiva dos Fisioterapeutas – Outputs do SPSS.....	124
Apêndice H – Estatística Descritiva dos Utentes – Outputs do SPSS.....	142
Apêndice I – Estatística Multivariada dos Fisioterapeutas – Outputs do SPSS....	151
Apêndice J – Estatística Multivariada dos Utentes – Outputs do SPSS.....	165

LISTA DE FIGURAS

2.1 Estrutura orgânica dos ACES.....	17
2.2 Organograma da ARS do Algarve, I.P.....	23
2.3 Distribuição dos ACES, USF e UCC no Algarve.....	24

LISTA DE GRÁFICOS

2.1 Comparação entre o número de centros de saúde e o número de fisioterapeutas em centros de saúde, por ARS, em Portugal.....	43
2.2 Comparação entre o número de fisioterapeutas nos centros de saúde em CSP e em Cuidados Continuados.....	44
4.1 Distribuição dos fisioterapeutas por grau académico.....	61
4.2 Distribuição dos fisioterapeutas pelas atividades na comunidade.....	66
4.3 Responsabilidade na definição de prioridades e atividades dos fisioterapeutas...	67
4.4 Distribuição das atividades apontadas como prioritárias pelos fisioterapeutas...	67
4.5 Distribuição dos fisioterapeutas pelas condições de material terapêutico.....	68
4.6 Distribuição dos fisioterapeutas pela frequência das reuniões de equipa.....	69
4.7 Distribuição do nível de escolaridade dos utentes.....	71
4.8 Distribuição das patologias ou condições de saúde dos utentes.....	71
4.9 Distribuição do tempo de fisioterapia.....	72
4.10 Distribuição da frequência das sessões de fisioterapia.....	72
4.11 Distribuição do grau de satisfação dos utentes com os resultados da fisioterapia.....	73
4.12 Distribuição do grau de satisfação dos utentes com o fisioterapeuta.....	73
4.13 Distribuição do grau de satisfação dos utentes com o centro de saúde.....	74
4.14 Distribuição do tempo esperado pelos utentes para a continuação da fisioterapia.....	74
4.15 Distribuição dos resultados esperados pelos utentes.....	75
4.16 <i>Clusters</i> de fisioterapeutas.....	80
4.17 <i>Clusters</i> de utentes de fisioterapia	85

LISTA DE TABELAS

2.1 Pessoal em serviço nos centros de saúde em Portugal continental em 2009.....	13
2.2 Pessoal em serviço nos centros de saúde da ARS do Algarve em 2009.....	26
3.1 Conjuntos de variáveis (<i>sets</i>) dos fisioterapeutas.....	59
3.2 Conjuntos de variáveis (<i>sets</i>) dos utentes de fisioterapia.....	60
4.1 Distribuição dos fisioterapeutas e áreas/atividades de intervenção por centro de saúde.....	63
4.2 Distribuição dos fisioterapeutas pelas atividades em ambulatório.....	65
4.3 Temáticas das sessões de educação e promoção da saúde.....	66
4.4 Distribuição dos fisioterapeutas pelos tipos de expetativas.....	70
4.5 Sumário da análise OVERALS dos fisioterapeutas.....	76
4.6 Variáveis extremamente relevantes para o perfil dos fisioterapeutas.....	79
4.7 Caraterísticas dos <i>clusters</i> de fisioterapeutas.....	80
4.8 Sumário da análise OVERALS dos utentes.....	81
4.9 Pesos canónicos.....	83
4.10 Cargas canónicas.....	83
4.11 Ajustamento múltiplo.....	84
4.12 Caraterísticas dos <i>clusters</i> de utentes de fisioterapia.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>et al.</i>	(<i>et alia</i>) e outros
<i>etc.</i>	(<i>et ceatera</i>) e o resto
<i>op. cit.</i>	(<i>opus citatum</i>) na obra citada
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACS	Alto Comissariado da Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADS	Apoio Domiciliário em Saúde
ADSE	Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
ALS	<i>Alternating Least Squares</i>
APF	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSA	Administração Regional de Saúde do Algarve
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CBP	<i>Community Based Physiotherapy</i>
CBR	<i>Community Based Rehabilitaton</i>
CECSP	Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CMRA	Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP	Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EISCP	Equipa Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERA	Escola de Reabilitação de Alcoitão
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESSA	Escola Superior de Saúde de Alcoitão
ESTES	Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde
ESTESL	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
GASMI	Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil
GCRCSP	Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

GTDCSP	Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários
IGAS	Inspeção-geral das Atividades em Saúde
IPI	Intervenção Precoce na Infância
IPSS	Instituto Particular de Solidariedade Social
LBS	Lei de Bases da Saúde
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MFR	Medicina Física e de Reabilitação
MIF	Medida de Independência Funcional
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OVERALS	Análise de Correlação Canónica Não Linear
PNS	Plano Nacional de Saúde
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUB	Serviço de Urgência Básica
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UC	Unidade de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULDM	Unidade de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidade Local de Saúde
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WCPT	<i>World Confederation for Physical Therapy</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

AGRADECIMENTOS

Um trabalho e um investimento desta dimensão não se poderiam concretizar sem o apoio, colaboração e contribuição de muitas pessoas.

Em primeiro lugar, e não por mera conveniência, agradeço à professora Doutora Eugénia Castela pela sua disponibilidade, objetividade e paciência na orientação desta dissertação. À professora Mestre Ana Marreiros, como coorientadora, também pela sua disponibilidade e preciosos conselhos e contribuições. A ambas agradeço e reconheço o esforço e o sacrifício, inclusive pessoal, na finalização do trabalho.

Agradeço a todos os fisioterapeutas que participaram e colaboraram, neste estudo, e sem os quais, este trabalho não faria sentido. Em particular, à fisioterapeuta Janice Alves pelos conselhos e importante auxílio na revisão dos questionários. Agracio aqueles que, apesar das dificuldades e vicissitudes, prontamente se disponibilizaram a ajudar.

Com afeição e votos de recuperação, agradeço a todos os utentes da fisioterapia que aceitaram participar neste trabalho. Também, sem eles, este trabalho não teria propósito.

Agradeço ao presidente do conselho diretivo da ARS do Algarve, I.P., Dr. Martins dos Santos, à vogal do conselho diretivo, Dr.^a Ana Costa, à Comissão de Ética da mesma instituição, à Dr.^a Maria Helena Duarte, aos diretores executivos dos ACES, Dr.^a Rosa Gonçalves, Dr. José Queimado e Dr. Manuel Janeiro, à presidente do conselho clínico do ACES Algarve I Central, Dr.^a Natália Correia, à vogal do conselho clínico do ACES Algarve III Sotavento, Enf. Especialista Natália Perestrelo, ao coordenador da URAP do ACES Algarve II Barlavento, Fisioterapeuta Paulo David; e a todos aqueles que, embora não citados, estiveram envolvidos no processo de autorização desta investigação.

Por último, mas tão ou mais importante, agradeço ao meu marido, pelo constante incentivo, apoio e partilha. Sem ele, não existiria este trabalho, nem tampouco este mestrado. Um muito obrigado!

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para esta dissertação.

RESUMO

Introdução: Defende-se que os modelos de atuação sustentados numa estruturada oferta de Cuidados de Saúde Primários (CSP) são os mais custo-efetivos (Biscaia *et al.*, 2008). A fisioterapia em CSP é uma realidade consistente na Europa, embora seja recente e pouco consolidada em Portugal. **Objetivos:** Recolher, analisar e discutir dados, relativamente à realidade dos fisioterapeutas e à organização da intervenção da fisioterapia nos CSP do Algarve. **Metodologia:** Inquiriu-se, através de dois questionários, a população de fisioterapeutas em funções nos centros de saúde do Algarve, e uma amostra não aleatória de utentes de fisioterapia, dos respetivos serviços. Foram realizadas análises descritivas e multivariadas (OVERALS) dos dados, através de SPSS (versão 15.0). **Resultados:** Responderam 22 fisioterapeutas (95,65 % da população) e uma amostra de 113 utentes. A maioria dos fisioterapeutas apresenta elevados níveis de satisfação e expectativas positivas, face à profissão e ao trabalho atual. Os utentes estão, essencialmente, satisfeitos com a fisioterapia e esperam resolver parcialmente o seu problema. O Algarve fornece um conjunto variado de serviços de fisioterapia, nos centros de saúde e na comunidade, cujas atividades atualmente mais predominantes são igualmente consideradas prioritárias pelos fisioterapeutas. Também são prestadas ações de educação e promoção da saúde, área reconhecida como a principal função do fisioterapeuta neste nível de cuidados. Da análise multivariada, observa-se a existência de variáveis dependentes entre si e extremamente relevantes para a diferenciação das respostas obtidas. **Conclusões:** De uma forma geral, a fisioterapia nos CSP do Algarve acompanha a evidência científica, tendo-se, porém, identificado pontos de melhoramento e a necessidade de novos estudos. Entende-se que a informação estudada pode sustentar a criação de um modelo de intervenção da fisioterapia nos CSP na região.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Fisioterapia, Centros de Saúde, Comunidade e Áreas de Intervenção.

ABSTRACT

Introduction: It is argued that the intervention models sustained in a structured supply of Primary Health Care (PHC) are the most cost-effective (Biscaia et al., 2008). Physiotherapy in PHC is a consistent reality in Europe, although recent and poorly consolidated in Portugal. **Objectives:** To collect, analyze and discuss data concerning the reality of physiotherapists and physiotherapy intervention and organization at the PHC in the Algarve. **Methodology:** Inquired up through two questionnaires, the population of physiotherapists working in the health centers of the Algarve and a non-random sample of the physiotherapy patients, of their respective services. Descriptive and multivariate (OVERALS) analyzes were made through SPSS (version 15.0). **Results:** 22 physiotherapists and a sample of 113 patients answered (95.65% of the population). The majority of the physiotherapists show high levels of satisfaction and positive expectations, relatively the profession and the current work. The patients are essentially satisfied with the physiotherapy services and expect to partially solve their problem. The Algarve provides a wide range of physiotherapeutic services at health centers and in the community, whose current activities are also more prioritized by physiotherapists. Health educational and promotional actions are also provided and recognized as the main function at this level of care. Through multivariate analysis, it is observed the existence of interdependent variables and some are extremely relevant to the differentiation of responses obtained. **Conclusions:** In general, the physiotherapy at the PHC in Algarve is based in the scientific evidence, having however, been identified improvement points and the need for further studies. It is understood that the information studied can support the creation of physiotherapy intervention model at the PHC in region.

Keywords: Primary Health Care, Physiotherapy, Health Centers, Community and Intervention Areas.

Capítulo 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Atualmente, entende-se que os sistemas de saúde sustentados numa estruturada oferta de Cuidados de Saúde Primários (CSP) são os mais custo-efetivos e os que mais garantem equidade, efetividade e satisfação das populações (Biscaia *et al.*, 2008). Os CSP em Portugal já compreendem quarenta anos de existência, cuja história e evolução conheceram várias fases, desde da criação dos centros de saúde em 1971, passando pela constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979 (Ministério da Saúde, 2010; Branco e Ramos, 2001), até à recente reforma de 2008. Este nível de cuidados é apontado, por muitos autores e pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma área fundamental e privilegiada para o próprio desenvolvimento do sistema de saúde de um país (OMS, 2008). Perante sociedades cada vez mais envelhecidas e globalizadas e, face a graves problemas económico-financeiros que poderão pôr em causa a própria sustentabilidade do SNS, os CSP surgem como uma resposta chave para o crescimento da equidade, proximidade, cobertura e efetividade dos cuidados de saúde (OMS, 2008).

Os CSP são os cuidados orientados para a promoção da autorresponsabilização e autonomia dos indivíduos nas suas opções e comportamentos, coordenando as suas interações com outras estruturas e, também, com os profissionais de saúde (Biscaia *et al.*, 2008). Neste sentido, os profissionais de saúde são apontados como os agentes mais ativos em CSP, onde as tecnologias e os recursos disponíveis são conhecidamente escassos, em comparação com outros níveis de cuidados. Historicamente, os médicos e enfermeiros são os grupos de profissionais mais preponderantes nos CSP. Têm-se especializado e afirmado neste nível de cuidados e são popularmente conhecidos como “Médicos de Família” e “Enfermeiros de Família” (Biscaia *et al.*, 2008). Todavia, existem outros grupos de profissionais que desenvolvem as suas atividades nos centros de saúde, destacando-se, neste contexto, os fisioterapeutas.

A fisioterapia é a terceira maior profissão prestadora de cuidados em Portugal (Guerra, 2010). A sua história é ancestral e remonta aos primórdios da própria civilização. Presentemente, o fisioterapeuta é um profissional de saúde autónomo, munido de formação superior e com atuação transversal a todos os níveis de cuidados

do sistema de saúde português (Guerra, 2010). A fisioterapia é uma profissão que tem, em Portugal, o estatuto legal de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), com designação específica de fisioterapeuta e definida desde 1999:

“O fisioterapeuta centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.” (Ministério da Saúde, 1999, art.º 5º do decreto-lei nº 564/99 de 21 de dezembro).

Nesta definição, encontra-se conceitos relacionados com “modalidades educativas”, “promoção da saúde” e “prevenção da doença” que, como já foi referido, são os grandes princípios nos CSP. Esta descrição é suficientemente abrangente, enquadrando-se, totalmente, nas orientações clínicas e pressupostos de intervenção dos CSP.

No entanto, em Portugal, o papel e a intervenção da fisioterapia nos CSP (bem como noutros níveis de cuidados) são raramente mencionados nos vários documentos publicados pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) ou no próprio Plano Nacional de Saúde (PNS). Os fisioterapeutas não constam no clássico conjunto de profissionais dos CSP (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo), estando mesmo omissos num vasto leque de “outros profissionais” (Guerra, 2010). Os próprios indicadores de desempenho no contexto dos CSP não contemplam a atividade destes profissionais (Guerra, 2010). Julga-se que este facto seja justificado, quer pelo número reduzido de fisioterapeutas comparativamente com outros profissionais nos CSP quer pelo aparente desconhecimento do potencial destes profissionais, como agentes e recursos do sistema de saúde (Guerra, 2010). É também discutido que a atuação e desempenho dos fisioterapeutas e o acesso aos seus tratamentos e cuidados, em Portugal, se encontram condicionados pela sua integração numa estrutura de “Medicina Física e de Reabilitação” (MFR) (Guerra, 2010, Bártolo, 2009). Estando a MFR, por norma, relacionada a outros níveis de cuidados, a evidência do papel do fisioterapeuta nos CSP é ténue pela desarticulação dos próprios níveis de prestação de cuidados. Também o sistema de financiamento é considerado como desajustado (Bártolo, 2009).

Embora esta realidade ainda não constitua uma problemática nos CSP, poderá ter contribuído para a lenta integração destes profissionais nos centros de saúde e para um encarecimento dos serviços noutros níveis de cuidados (Guerra, 2010; Bárto, 2009).

Contudo, hoje e com a nova reforma dos CSP, há já uma aposta na criação de equipas e redes multi profissionais, embora ainda com fraca dimensão (Ministério da Saúde, 2010). Nestas equipas encontram-se cada vez mais integrados vários profissionais e técnicos como os fisioterapeutas, sendo expetável uma atuação mais especializada e aproximada às políticas dos CSP.

No contexto específico da fisioterapia em CSP já existem, nesta área, estudos internacionais publicados, destacando-se os espanhóis e ingleses. Nestas investigações, são apontados os vários tipos e modelos de intervenção da fisioterapia nos CSP e na comunidade, enumerando os seus benefícios (Pérez *et al*, 2011; McColl *et al*, 2009; Lourido & Rocha, 2008; Lowe & Bithell, 2000; Seymour & Kerr, 1996). A World Confederation for Physical Therapy (WCPT) identificou as principais funções dos fisioterapeutas nos CSP (WCPT, 2003) e a OMS (WHO, 2010c) também definiu as linhas orientadoras pertinentes para esta temática, como se apresentará no próximo capítulo.

Sendo recente e pouco consolidada a intervenção dos fisioterapeutas nos CSP, desconhece-se, atualmente, a realidade destes profissionais a nível nacional. Excetuando um estudo ibérico sobre os cuidados domiciliários de fisioterapia, prestados pelos centros de saúde portugueses e espanhóis, (Liria *et al*, 2009), desconhecem-se outros estudos publicados sobre a realidade portuguesa. Todavia, já existem documentos orientadores (Guerra, 2010; APF, 2009) e alguns trabalhos académicos (Ferreira, 2011; Bárto, 2009).

Na região do Algarve, os primeiros recrutamentos de fisioterapeutas para os centros de saúde remonta aos finais da década de 90 e ao ano 2000, sendo que em 2007 e 2009, com a integração das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) nos centros de saúde, novos profissionais ingressaram nestas equipas comunitárias, dando igualmente um importante impulso aos CSP (APF, 2009).

Contudo, pelos argumentos referidos, a intervenção da fisioterapia nos CSP parece ter pouca dimensão para os órgãos governativos e decisores políticos, existindo

falta de corroboração técnico-científica, relativamente ao papel destes profissionais nesta área. Julga-se que uma correta rentabilização destes profissionais poderá contribuir para uma diminuição de custos e de gastos evitáveis com estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença (Bártolo, 2009).

Uma das prioridades de investigação apontadas pela Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (CECSP, 2010) para o ano de 2011 é o “*desenvolvimento de modelos para apoio à decisão de organização de unidades e de aplicação de recursos humanos*”. Particularizando os fisioterapeutas, torna-se relevante desenvolver trabalhos de investigação que contribuam para o desenho de um “perfil” destes profissionais, convenientemente, inserido num modelo de intervenção da fisioterapia em CSP. Entende-se que, conhecendo melhor a importância das áreas de atuação dos fisioterapeutas nos CSP, ajudar-se-ia a otimizar recursos com uma estruturação bem delineada e integrada, direta ou indiretamente, via centros de saúde ou outra fonte de referência. Pensa-se, também que os problemas de efetividade, equidade e cobertura dos cuidados de saúde, bem como a satisfação dos utentes seriam mais facilmente melhorados e detetados, no âmbito da atividade da fisioterapia.

Portanto, esta investigação parte da uma hipótese generalizada que se traduz na seguinte questão:

“Como se caracteriza e organiza a Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve, na perspetiva dos fisioterapeutas e dos seus utentes?”

Este estudo tem, assim, como **objetivo geral**: recolher, analisar e discutir dados, relativamente ao estado e à realidade dos fisioterapeutas e à organização e impacto da intervenção da fisioterapia no âmbito dos CSP (centros de saúde) na região do Algarve. Concretizam-se, então, os seguintes **objetivos específicos**:

- (1) Traçar características dos fisioterapeutas;
- (2) Aferir áreas de intervenção da fisioterapia e atividades desenvolvidas e prioritárias;
- (3) Aferir as condições de trabalho, grau de satisfação e expectativas dos fisioterapeutas;

- (4) Traçar perfis de fisioterapeutas;
- (5) Traçar características dos utentes de fisioterapia;
- (6) Traçar características dos tratamentos de fisioterapia;
- (7) Aferir os graus de satisfação e expectativas dos utentes de fisioterapia;
- (8) Traçar perfis de utentes de fisioterapia.

Entende-se que este estudo poderá não só reunir informação sobre esta área e uma base importante para futuros estudos, como contribuir para a construção de um modelo e/ou documentos normativos e uniformizadores da intervenção da fisioterapia nos CSP. Pretende-se, deste modo, criar ferramentas de apoio à decisão para os órgãos de gestão responsáveis na ARS do Algarve e nos ACES. Este estudo não pretende, com isto, definir nenhum modelo de atuação do fisioterapeuta nos CSP, mas apenas construir um *ponto de partida* para o conhecimento desta área. São substanciais as limitações deste estudo, pois parte de um enorme *vazio* de dados e evidência científica.

Sumariamente, a presente dissertação é composta por cinco capítulos. No próximo capítulo, Enquadramento Teórico, caracteriza-se os CSP e a fisioterapia, fundamentando a pertinência da temática e destacando os principais estudos nestas áreas. No terceiro capítulo apresenta-se a Metodologia da investigação, nomeadamente as populações e amostras, as variáveis em estudo, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados e, por último, as técnicas e métodos de tratamento e análise estatística utilizados. Segue-se o capítulo de Apresentação dos Resultados, constituída pela análise descritiva e análise multivariada dos dados. No capítulo de Discussão dos Resultados são realçados e confrontados os resultados mais relevantes para a problemática inicial e para os objetivos inicialmente propostos, bem como as limitações do estudo. No último capítulo são apresentadas as principais conclusões do trabalho, procurando responder à questão de partida. No final da dissertação encontra-se os anexos (autorizações do estudo) e lista de referências bibliográficas, seguindo-se alguns apêndices, dos quais se destaca os *outputs* da análise estatística extraídos do SPSS.

Capítulo 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, são vários os autores e estudos que defendem que os sistemas de saúde orientados para os CSP são os que melhor contribuem para a otimização dos serviços prestados e promoção da autonomia dos cidadãos quanto à sua saúde (Biscaia *et al.*, 2008). Perante sociedades cada vez mais envelhecidas e com graves problemas económico-financeiros, que podem pôr em causa o “estado social” e a própria sustentabilidade do SNS, os CSP surgem como uma resposta chave para rentabilização dos recursos e crescimento da equidade, cobertura e efetividade dos cuidados de saúde (OMS, 2008).

A equidade, a cobertura universal e a efetividade nos cuidados de saúde são conceitos muito discutidos e complexos, que saem do alvo deste trabalho. Todavia, de uma forma redutora, a equidade em saúde é entendida como a minimização das desigualdades entre grupos populacionais, assente na redução das disparidades no acesso aos cuidados, aos recursos e à exposição aos fatores que limitam a capacidade de cada indivíduo alcançar o seu potencial de saúde (Biscaia *et al.*, 2008). Cobertura universal no acesso é uns dos objetivos apontados pela OMS (2008), na procura de maior equidade, justiça social e proximidade na prestação dos cuidados. Efetividade é definida como uma medida do êxito do resultado, o “fazer a coisa certa” que, no contexto da saúde, se concretiza em melhorar e assegurar o maior ganho em saúde possível com os recursos disponíveis (Costa, 2005).

Face às constrições económico-financeiras que Portugal atravessa hoje, a otimização dos recursos em cuidados de saúde é um objetivo, tendencialmente, preponderante nas políticas de saúde. Perante tal facto, os decisores políticos, os responsáveis de gestão e os próprios profissionais de saúde não deverão ser alheios.

Os profissionais de saúde como elementos fortemente estruturantes dos sistemas de saúde e, em particular, dos CSP, assumem um papel fundamental na evolução dos mesmos. Os profissionais que atuam em CSP são porventura os agentes mais ativos, onde as tecnologias e os recursos disponíveis são conhecidamente escassos, em comparação com outros níveis de cuidados. Dos vastos grupos de profissionais que integram os CSP, os médicos e os enfermeiros parecem ser aqueles que, pela sua longa

história e predominância, mais se especializaram e contribuíram para as mudanças nos CSP (Biscaia *et al.*, 2008). Outros grupos profissionais que atuam em CSP, como são os fisioterapeutas ainda não têm a sua ação bem estruturada e reconhecida, embora já há muito esteja preconizada a sua intervenção neste nível de cuidados.

2.1 Cuidados de Saúde Primários

2.1.1 Definição e Conceitos

Como foi referido, os CSP são os cuidados base e de primeira linha de um sistema de saúde, orientados para a promoção da participação e autonomia dos cidadãos, que procura acompanhar o processo de saúde e doença no ciclo de vida dos indivíduos e não meros episódios de doença (Biscaia *et al.*, 2008). A definição e conceito de CSP foram evoluindo e o seu entendimento e participação variam conforme os países e os autores. Os CSP podem ser definidos como um conjunto de atividades, um nível de cuidados e uma estratégia para organização dos serviços e filosofia de sistema de saúde (Biscaia *et al.*, 2008). Neste sentido, os CSP presta cuidados básicos e essenciais (“conjunto de atividades”), de primeiro contacto (“nível de cuidados”) que devem ser universalmente acessíveis a todos os cidadãos, equitativos e orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença (“filosofia”). Segundo, ainda, a Declaração de Alma-Ata, em 1978, os CSP *“fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade”* (OMS, 1978).

No conceito atual de CSP em Portugal integram-se, assim, ações de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos e de reabilitação ou de fim de vida. Reforça-se a ideia de que os CSP procuram predominantemente facilitar a autorresponsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e individual dos cidadãos no planeamento e controlo dos cuidados de saúde, a partir de todos os recursos disponíveis (Biscaia *et al.*, 2008). Por este motivo, os CSP são encarados como os que melhor contribuem para os três principais objetivos na procura de mais saúde como são a otimização dos cuidados de saúde, equidade na distribuição dos recursos e promoção da autonomia dos cidadãos quanto à sua saúde (Biscaia *et al.*, 2008). Este nível de cuidados é apontado por muitos autores e pela própria Organização Mundial de

Saúde (OMS) como uma área fundamental e privilegiada para o próprio desenvolvimento do sistema de saúde de um país (OMS, 2008).

2.1.2 História e Evolução dos CSP em Portugal

A história dos CSP em Portugal conta já com mais de quarenta anos de existência, tendo percorrido várias fases e sofrido diversas reformas (Ministério da Saúde, 2010; Branco e Ramos, 2001).

Após a segunda Grande Guerra Mundial foi reconhecida que a situação sanitária em Portugal era insatisfatória e que a assistência em saúde, baseadas nas iniciativas privadas e serviços médico-sociais da Providência, de então, eram insuficientes para as necessidades. Assim, em 1946 foi criada a Federação de Caixas de Providência que rapidamente se tornaram nas respostas de saúde preponderantes no nosso país, embora com graves problemas na acessibilidade. Mais tarde, em 1958 foi reconhecida a responsabilidade no estado na saúde, tendo sido criado pela primeira vez o “Ministério da Saúde e Assistência” que só em 1973 teve um verdadeiro impacto na organização dos serviços de saúde, com a sua separação da “Assistência” (Biscaia *et al.*, 2008).

Assim, em 1971 com o decreto-lei nº413/71 de 27 de setembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde, que foi constituída a primeira reforma da saúde e a criação dos designados “Centro de Saúde de 1ª Geração”, importante para o reconhecimento do direito à saúde, integração de todas as atividades de saúde e assistência, planeamento central e descentralização na execução e para a política de saúde do Ministério da Saúde. Também, neste ano, foi publicado outro importante diploma legal, decreto-lei nº414/71 de 27 de setembro, que estabelece e regula as carreiras de diversos grupos diferenciados de profissionais na área da saúde. Embora as caixas de providência ainda detivessem uma importante resposta dos cuidados em saúde, foi nesta altura que se criaram os primeiros “centros de saúde” cujas atividades estavam orientadas para as comunidades, para o saneamento e para a saúde pública, criando os primeiros alicerces dos CSP em Portugal (Biscaia *et al.*, 2008).

Todavia, a consolidação dos CSP só iniciou os primeiros passos em 1976 com o impulso da nova constituição e, também em 1976 com a criação do SNS. Com estes

diplomas, a saúde estava efetivamente reconhecida como um direito universal e gratuito dos cidadãos, sendo uma responsabilidade do SNS. Em 1990 foi publicada a Lei de Bases na Saúde (LBS) que regula o sistema de saúde. Paralelamente, a estas transformações, como já foi referido, as carreiras e o ensino dos profissionais de saúde, nomeadamente dos médicos e enfermeiros, sofreram fortes alterações e evolução, no sentido de se aproximarem das necessidades e exigências dos centros de saúde, surgindo as primeiras especializações e novas carreiras. A implementação do SNS foi gradual, tendo sofrido, por sua vez, inúmeras reformas e alterações até à atualidade (Teixeira, 2012; Biscaia *et al.*, 2008).

Outro marco fundamental na história dos CSP surgiu em 1978 com a Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata que, embora não tivesse um efeito direto e imediato no percurso histórico da saúde em Portugal, ainda é uma referência nos dias de hoje (Ministério da Saúde, 2010; Branco e Ramos, 2001). Com a declaração de Alma-ata foi criado o conceito de “Cuidados de Saúde Primários” e foram definidas às áreas prioritárias e chave de intervenção. Com esta declaração foi reforçada importância da promoção da saúde e prevenção da doença, bem como o trabalho em equipas multidisciplinares. É, também, reafirmada a importância do acesso e equidade na prestação de cuidados e da própria sustentabilidade dos recursos. (OMS, 1978). Era uma declaração inovadora e ambiciosa nesse período em Portugal, mas importante para o desenrolar da sua história (Biscaia *et al.*, 2008).

Seguem-se períodos de grande crescimento dos CSP, em particular com o aumento do número de centros de saúde e de recursos, sempre acompanhadas de fortes mudanças na organização e funcionamento dos serviços. Nos períodos seguintes até ao presente foram vários os acontecimentos, documentos e avanços no sistema de saúde português, no SNS e, em particular, nos CSP com atenções cada vez mais voltadas para a gestão dos serviços e do sistema. Acentua-se, também, o preocupante aumento das despesas com a saúde. Com este crescimento da despesa e alterações na organização e gestão hospitalar, surge uma maior preocupação com a sustentabilidade do próprio sistema e emergência dos CSP (Biscaia *et al.*, 2008), começando a aparecer os primeiros estudos de desempenho do sistema de saúde português.

Existem, assim, estudos e trabalhos que já analisaram o desempenho do SNS português e, em particular, dos CSP, identificando tanto as evoluções positivas como as

falhas e as necessidades existentes. No estudo de Biscaia e colegas (2008) é reconhecido o sucesso da implementação dos CSP em Portugal, com evidentes ganhos em saúde, comparativamente com outros países da OCDE, apresentando, no período de 1960 a 2002, indicadores favoráveis na “esperança de vida à nascença”, nas “taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal” ou em “anos de vida potencial perdidos”. Um outro estudo português sobre a eficiência dos centros de saúde portugueses, nos anos de 2004 e 2005, compara a nível nacional a equidade no acesso aos cuidados, eficiência técnica e qualidade dos serviços, tendo-se concluído que há evidência de uma grande variação geográfica nos três parâmetros analisados, sugerindo a necessidade de um uso adequado dos recursos, avaliação dos serviços e formação dos profissionais (Amado & Santos, 2009).

A nível internacional, em 2008, a OMS, em parceria com o Alto Comissariado da Saúde, publicou o “Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais Que Nunca” com importantes orientações para a reforma dos CSP em Portugal, identificando os desafios atuais, metas e estratégias (OMS, 2008). Neste trabalho, são identificadas as necessidades de reorganização geral das equipas funcionais com intervenção na comunidade; implementação de programas ou projetos de intervenção de educação e promoção da saúde, executados por equipas multidisciplinares e distribuídas de acordo com a dimensão populacional e as necessidades específicas; e implementação de uma política de desenvolvimento dos recursos humanos (OMS, 2008). De forma semelhante, em 2010, também uma parceria entre as duas entidades publicaram mais dois estudos, um sobre a avaliação do PNS 2004-2010 (WHO, 2010a) e outro sobre o desempenho do sistema de saúde português (WHO, 2010b). Em ambos os estudos foram reconhecidos pontos fortes e os pontos que necessitam de correção, relativamente ao PNS e ao sistema de saúde, propondo a criação de políticas e metas de saúde baseadas e orientadas fortemente para a equidade, universalidade, qualidade e segurança dos cuidados e sustentabilidade dos recursos, recomendando, ainda, o investimento em atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, na rede de CSP.

Devido aos impulsos da OMS, em 2005, surgem os primeiros sinais de reforma dos CSP com revogação do breve decreto-lei nº60/2003 de 1 de abril da Rede dos Cuidados de Saúde Primários e a criação de uma Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para implementar uma nova reforma destes cuidados,

mantendo as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Biscaia *et al.*, 2008). Foi então em 2008 decretada e implementada em Portugal uma nova reforma dos CSP, com significativas e progressivas alterações na sua estrutura e funcionamento (Ministério da Saúde, 2008 decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

É importante destacar ainda que, paralelamente, em 2006 foi criada e decretada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), por decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho (atualizado pelo Despacho n.º 1281/2007, de 26 de janeiro) no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e a Solidariedade Social. Esta é a legislação, presentemente, vigente e define a rede, esclarecendo os seus objetivos, composição, princípios, direitos, modelos, coordenação, tipologia, acesso, ingresso, mobilidade, organização, recursos humanos, instalações, funcionamento, qualidade, avaliação, fiscalização, licenciamento e financiamento.

Foram criados projetos-piloto, pelo despacho n.º 17 516/2006, de 29 de agosto, e a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), por resolução de Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro. A RNCCI é constituída por unidades de internamento – Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e Unidade de Cuidados Paliativos (UCP); unidades de ambulatório – Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia. Também se constituíram as equipas hospitalares – Equipa de Gestão de Altas (EGA) e Equipa Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP); e as equipas domiciliárias – Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Em 2007, a MCSP publicou o documento “Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários – Carteira de Serviços” (MCSP, 2007) que regulamenta e estabelece as condições, entre outras, das equipas domiciliárias integradas na rede de CSP, ao nível dos recursos dos centros de saúde.

As mudanças e reformas no sistema de saúde português e nos CSP foram sempre lentas e graduais, com progressivo crescimento da responsabilidade e financiamento do Estado (Biscaia *et al.*, 2008). Por outro lado, a maioria das reformas implementadas não foram precedidas de estudos, análises ou avaliações que as justificassem, sendo que as novas alterações foram sempre normativas e consagradas em diplomas legais, com forte resistência dos envolvidos e desigualdades no país (Biscaia *et al.*, 2008). Na realidade,

todas as novas reformas foram sendo implementadas em momentos anteriores à conclusão de outras, ficando, no entanto, valores e aspetos como a cobertura universal, a equidade, o acesso aos cuidados e o financiamento, continuamente, aquém das expectativas (OMS, 2008; Biscaia *et al.*, 2008).

2.1.3 Profissionais dos CSP

Como já se referiu, os profissionais, em especial os profissionais de saúde, assumiram um importante papel na evolução dos CSP, sendo considerados os alicerces do próprio sistema de saúde (Teixeira, 2012). O conceito de profissional dos CSP pode variar significativamente conforme os países e os seus modelos de sistema de saúde (Biscaia *et al.*, 2008).

É vasto o grupo de profissionais que integram os CSP. Segundo a definição a OMS (2000), os recursos humanos de saúde/capital humano de saúde são todas as pessoas envolvidas em atividade cujo principal objetivo seja a promoção, a proteção ou a melhoria da saúde dos cidadãos e da comunidade. Em Portugal, os grupos profissionais do SNS englobam seis carreiras específicas – médicos (clínica geral, saúde pública e hospitalar, esta com 45 especialidades), enfermeiros (6 especialidades), técnicos de diagnóstico e terapêutica (18 áreas, nas quais se inclui a fisioterapia), técnicos superiores de saúde (8 áreas), administradores hospitalares, pessoal dos serviços gerais (5 áreas) e sete carreiras de regime geral da administração pública (Biscaia *et al.*, 2008).

Tabela 2.1 – Pessoal em serviço nos centros de saúde em Portugal continental em 2009

Medicos	Enfermeiros	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
Total	6825	Total 7631
Clinicos Gerais (não especialistas)	760	Cuidados Gerais 6624
Especialistas	6065	Especialistas 1007
Medicina Geral e Familiar	5567	Saúde Infantil e Pediátrica 199
Dermatologia	15	Saúde Materna e Obstetria 210
Estomatologia	11	Enfermagem Médico-Cirúrgica 22
Ginecologia/Obstetria	26	Saúde Mental e Psiquiátrica 46
Medicina Dentária	23	Reabilitação 108
Oftalmologia	4	Pessoal Técnico Superior de Saúde
Otorrinolaringologia	22	
Pediatria	27	Ramo Engenharia 4
Pneumologia	2	Ramo de 14
Psiquiatria	3	Ramo Nutrição 73
Saúde Pública	316	Ramo Psicologia 175
Outras especialidades médicas	49	Outros Técnicos 29
		Fisioterapeutas 139
		Hig.Orais 110
		Téc. Radiologia 159
		Tec.Anál. Cl./ Saúde Pública 46
		Tec. Hig. e Saúde Ambiental 395
		Outro Pessoal Técnico 122
		Técnicos Superiores
		Tec. Serviço Social 252
		Outros Técnicos Superiores 93
		Outros Profissionais
		Administrativo 6319
		Serviços Gerais e Auxiliar 3804
		Outro Pessoal 161

(Fonte: “Centros de Saúde e Unidades Hospitalares/SNS 2009”, DGS, 2011a)

Em Portugal, a formação e o desenvolvimento profissional contínuos nunca fez parte integrante do sistema e dos serviços, nem em processos de melhoria da qualidade das unidades de saúde, embora seja, em grande parte, da responsabilidade das entidades empregadoras (Biscaia *et al.*, 2008). Contudo, isto não impediu uma grande evolução das profissões no campo académico e da formação.

Factualmente, os médicos e enfermeiros são os grupos de profissionais mais prevalentes nos CSP, tendo-se especializado e afirmado neste nível de cuidados, como “Médicos de Clínica Geral e Familiar (“Médicos de Família”)", e “Enfermeiros de Saúde Comunitária” ou “Enfermeiros de Família” (Biscaia *et al.*, 2008). O ensino da medicina e da enfermagem sofreram diversas mudanças e evoluções no sentido de uma maior capacitação e especialização em áreas dos CSP. Ainda que não se defenda, necessariamente, a existência de uma especialização aplicada em CSP em todas as profissões de saúde, de facto, não parece ter existido, como se sucedeu com os médicos e enfermeiros, uma preocupação vigorante de outros grupos profissionais na procura de uma maior aproximação às necessidades e particularidades deste nível de cuidados. Contudo, mais recentemente têm surgido pós-graduações e mestrados com abrangência

académica aos CSP, saúde pública e saúde comunitária, dirigida a vários grupos profissionais.

Também a este propósito, surge uma situação cada vez mais crescente e complexa com a sobreposição de competências entre às várias profissões, decorrente da multiplicação de cursos universitários na área da saúde (Biscaia *et al.*, 2008). São exemplos a criação de licenciaturas em enfermagem e nas várias áreas dos TDT, a criação de especializações em ramos comuns e da evolução não regulada das diferentes profissões. A prevenção, a reabilitação e a saúde mental são bons exemplos de campos de ação em que algumas competências, de vários profissionais, estão sobrepostas, levantando questões mal debatidas e situações indefinidas (Biscaia *et al.*, 2008). Por outro lado, esta questão torna-se mais premente e potencialmente problemática quando a organização das carreiras e respetivos regimes remuneratórios no SNS não acompanharam tais mudanças, como são o caso dos enfermeiros e dos TDT, agora maioritariamente licenciados. Estes mantiveram-se em carreiras especiais com índices salariais inferiores aos, por exemplo, técnicos superiores de saúde (igualmente licenciados). Este é, na realidade, um desafio para os gestores e políticos, bem como para os próprios profissionais, na organização e definição de papéis e competências (*skill-mix*), favorecendo-se o trabalho em equipas de saúde multidisciplinares, de forma a minimizar os problemas e a explorar as oportunidades (Biscaia *et al.*, 2008).

Outro aspeto relacionado com os profissionais na saúde, alvo de grande e crescente interesse, é a satisfação profissional e o fenómeno de *turnover* (mudança de situação profissional), existindo já vários estudos sobre esta temática, sobretudo relativamente à classe médica (Biscaia *et al.*, 2008).

Em Portugal, existem várias lacunas relativamente a estas temáticas e outros aspetos relacionados com os profissionais de saúde, não existindo planos de desenvolvimento profissional contínuo (Biscaia *et al.*, 2008). As administrações subvalorizam as problemáticas da motivação e satisfação profissional, as condições e segurança de trabalho e o absentismo (Biscaia *et al.*, 2008). Não têm procurado um consenso relativamente às misturas de competências, adequado às diferentes profissões em saúde, como estratégia para o desenvolvimento da produtividade e qualidade dos serviços (Biscaia *et al.*, 2008).

2.1.4 Caracterização e Organização dos CSP em Portugal

O Sistema de Saúde Português integra o SNS, juntamente com o setor privado na saúde, cuja responsabilidade máxima é do Estado, através da tutela do Ministério da Saúde. O financiamento do SNS é feito essencialmente através dos impostos e contemplado no Orçamento do Estado. O Ministério da Saúde tem uma organização centralizada e integra um conjunto de estruturas organizacionais, como a Direção-Geral da Saúde (DGS), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o Infarmed e as Administrações Regionais de Saúde (ARS), que dependem poder político central.

Relativamente aos CSP, existem cinco ARS em dependência direta do Ministério da Saúde e da estrutura intermédia da MCSP. As ARS são estruturas complexas de articulação regional, cujo responsável máximo é o presidente do conselho diretivo.

Em 2008, como já foi referido, através do decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro e portaria n.º 276/2009, de 18 de março, foi decretada e implementada em Portugal a atual reforma dos CSP, com significativas mas graduais alterações na estrutura e funcionamento, com especial enfoque na reorganização dos então centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), na extinção da estrutura intermédia, constituída pelas sub-regiões de saúde, e na criação de unidades funcionais, em particular as Unidades de Saúde Familiar (USF). Tais alterações procuraram melhorar os indicadores de acesso, a qualidade dos processos assistenciais, a efetividade e custo-efetividade, a satisfação dos utentes e profissionais, bem como a eficiência e a redução de desperdícios nos CSP (GTDCSP, 2012). Embora se mantenha a dependência relativamente às ARS, a agregação dos centros de saúde do país em ACES procurou descentralizar a gestão e permitir as tomadas de decisão mais próximas dos serviços e dos cuidados, justificando-se, assim, a extinção de 18 sub-regiões de saúde, e tornando a estrutura menos vertical e burocrática (GTDCSP, 2012).

Mantendo-se integrados e dependentes das ARS, os ACES são “*serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica*” (decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008). O responsável máximo do ACES é o Diretor

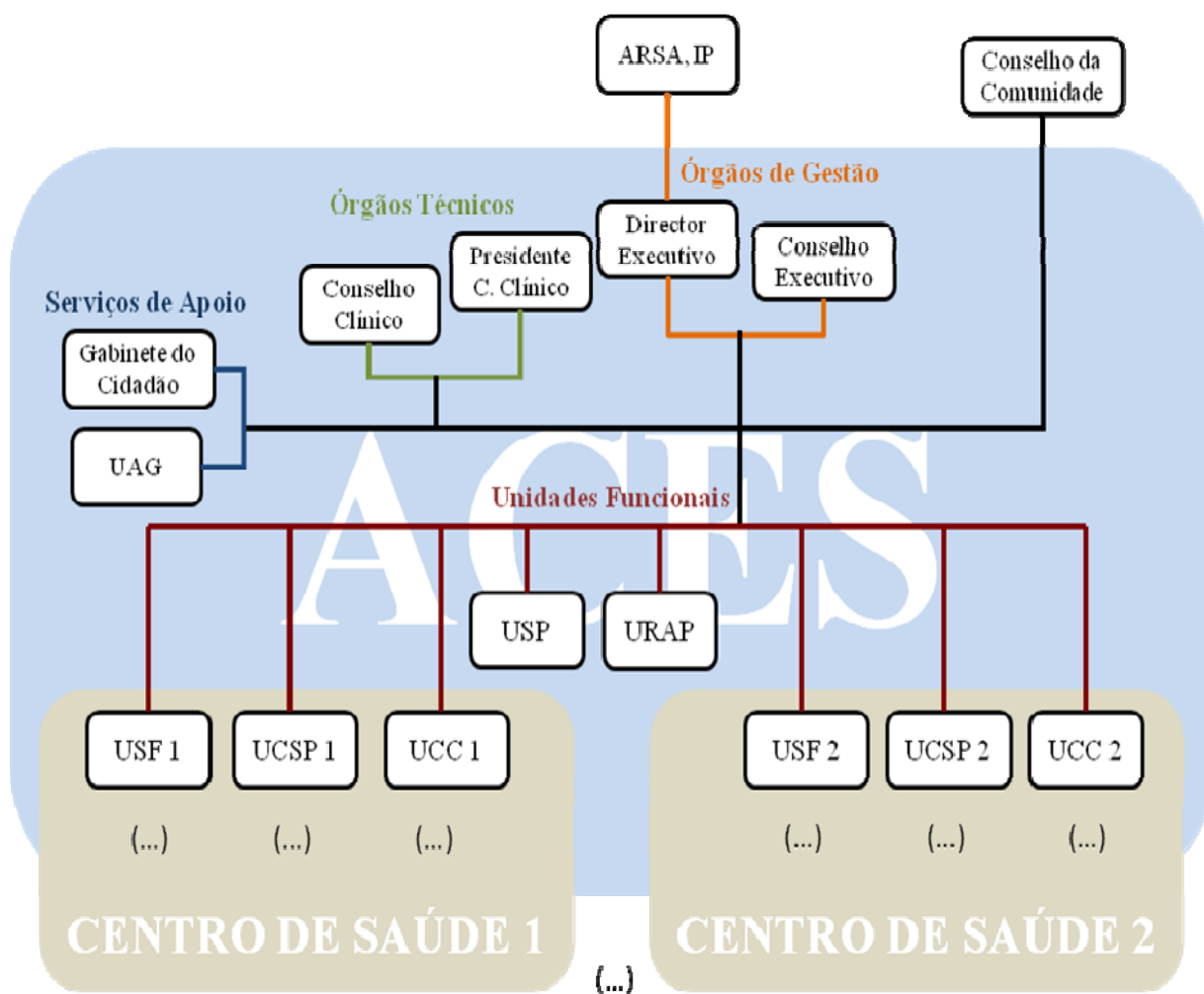
Executivo, apoiado pela gestão técnica de um Conselho Clínico, um Conselho da Comunidade, uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e Gabinete do Cidadão. Cada um dos elementos assume funções específicas e, devidamente, definidas (Ministério da Saúde, 2008).

Até à data, a rede de CSP em Portugal integra 376 Centros de Saúde, 24 com internamento e 352 sem internamento, por sua vez, agrupados em 72 ACES (MCSP, 2012). Destes agrupamentos, sete constituem unidades locais de saúde (ULS), isto é, agrupamentos de centros de saúde que integram, ao nível da gestão, uma unidade hospitalar ou outras entidades de saúde que procuraram aumentar a coordenação e resposta entre os vários níveis de cuidados no âmbito do SNS (ERS, 2011). Alguns destes centros de saúde integram ainda serviços de urgência básica (SUB) (185 em Portugal continental em 2009), isto é, o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência de cariz médico não cirúrgico que permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações (DGS, 2011a).

A nova reorganização contempla ainda novos órgãos vocacionados à gestão e decisão e um conjunto de estruturas funcionais, tais como: Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as restantes unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. Todas estas unidades têm funções específicas legalmente definidas e são geridas por um coordenador (Ministério da Saúde, 2008).

Cada ACES integra apenas uma USP e uma URAP e habitualmente várias USF, UCSP e UCC, podendo existir uma ou mais destas unidades por centro de saúde ou mesmo uma unidade comum a prestar serviços aos utentes de vários centros de saúde próximos (figura 2.1).

Figura 2.1 – Estrutura orgânica dos ACES



(Fonte: Adaptado do Plano de Atividade ACES Barlavento, 2012)

Embora sejam unidades integradas em ACES, a criação das USF precedeu a implementação da reforma dos CSP, pelo que são disciplinadas por legislação específica. As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, organizadas em três modelos de desenvolvimento (modelo A, B e C). Os vários modelos de USF diferem no grau de autonomia organizacional, no modelo retributivo, nos incentivos aos profissionais, no modelo de financiamento e no respectivo estatuto jurídico (Ministério da Saúde, 2008).

A UCSP tem uma estrutura idêntica à USF e presta cuidados personalizados que garantam a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, composta por

médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF (Ministério da Saúde, 2008).

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES, competindo-lhe elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde (Ministério da Saúde, 2008).

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento. Participam na RNCCI, através das equipas domiciliárias, nomeadamente as ECCI e as ECSCP, quando existentes, e atuam ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos (Ministério da Saúde, 2008).

A URAP *“presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares”*, sendo que a sua equipa é composta por médicos de várias especialidades, excetuando a medicina geral e familiar e de saúde pública, bem como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais (Ministério da Saúde, 2008).

Durante o ano de 2010, foram implementados, experimentalmente, nos ACES o Plano de Desempenho e Contrato-Programa, à semelhança do que já tinha acontecido com as USF. Estes instrumentos previsionais procuraram apurar a necessidade em promover a autonomização e responsabilização dos prestadores, de forma a responder às necessidades em saúde das populações (ACSS, 2012). Para efeitos de gestão, os contratos-programa estabelecem os objetivos do ACES e os recursos afetos ao seu cumprimento, definindo as regras relativas à respetiva execução. Assim, desde 2011 os

ACES e também as unidades funcionais como as USF, as UCSP e as UCC estão, progressivamente, a definir e a contratualizar indicadores, de modo a monitorizar o seu funcionamento e atividades. O processo estabelece-se com a contratualização externa, formalizada com a assinatura do contrato-programa e negociada entre os diretores executivos e conselhos clínicos dos ACES e a ARS, e a contratualização interna, concretizada com a assinatura de Cartas de Compromisso entre os diretores executivos e conselhos clínicos do ACES e as unidades funcionais (ACSS, 2012).

2.1.5 Metas, Áreas e Programas de Intervenção dos CSP

Sobretudo, desde 2005, com a reforma dos CSP têm surgido sucessivas orientações para atuação e reestruturação dos serviços. Constatam-se a existência de vários documentos produzidos por diferentes grupos de trabalho e/ou serviços da tutela do Ministério da Saúde que regulamentam, orientam e/ou definem metas, estratégias e áreas de intervenção para os CSP. Destes, destacam-se os documentos produzidos pela MCSP, Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCRCSP, 2012), a DGS, Alto Comissariado da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (GTDCSP), Coordenação Estratégica para os CSP (CECSP, 2011) e ACSS.

Em Portugal, a DGS é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa. É responsável, entre muitas funções, pela elaboração e execução do PNS, pela emissão de normas e orientações clínicas e organizacionais, assim como a orientação e coordenação das atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, no âmbito de programas de saúde (DGS, 2012).

Presentemente, DGS tem ativos cerca de 30 programas e/ou projetos de saúde com orientações e normas para a atuação em várias. Embora não sejam específicos aos CSP, na maioria dos programas estão definidas estratégias e metas aplicadas a este nível de cuidados, enfatizando a sua importância como primeira e privilegiada linha de cuidados. O Programa Nacional de Vacinação, o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância são alguns exemplos que estão, historicamente, ligados aos CSP. Na realidade estes programas

procuram estabelecer a melhor coordenação entre os vários níveis de cuidados de saúde (primários, secundários e terciários) na concretização dos objetivos, uma vez que esta é uma das falhas apontadas ao sistema de saúde português (Carapinheiro, 2001; OMS, 2008).

Após a fase de discussão pública, atualmente está a decorrer a fase de implementação do PNS 2012-2016 pelo grupo de projeto da DGS, onde já existem alguns documentos para consulta na sua página de internet (www.dgs.pt). No último PNS 2004-2010 são frequentes a menções, relativamente ao papel e estrutura dos CSP, embora ainda não contemplem a nova reforma (DGS, 2004a, 2004b).

Mais especificamente, foi elaborado pelo Alto Comissariado para a Saúde do Ministério da Saúde um documento de contribuição para o PNS de 2011-2016, aplicado ao contexto CSP, onde estão descritas orientações para o desenvolvimento dos CSP e áreas específicas de intervenção para o período de 2011-2016 (Ministério da Saúde, 2010). Assim, para o PNS de 2011-2016 são definidas metas e estratégias para a reforma dos CSP, de forma a diversificar-se e generalizar a oferta de cuidados de saúde a nível nacional. Esta pretensão engloba a oferta a áreas em que a cobertura, por parte do SNS, é deficitária. Estas atividades estão igualmente bem identificadas nos documentos estratégicos da MCSP e nas recomendações produzidas pelo GTDCSP (2012). Além de um conjunto de medidas globais para o reforço da rede nacional de CSP, o documento (Ministério da Saúde, 2010) propõe, ainda, cinco áreas específicas de intervenção que se consideram, atualmente, subvalorizadas:

- Cessação tabágica;
- Comportamentos alimentares;
- Saúde mental;
- Saúde sexual e reprodutiva;
- Saúde oral.

No processo de escolha do grupo de trabalho consideraram-se áreas com elevada relevância para a população, em que é desejável e exequível a intervenção no âmbito dos CSP, nos quais as intervenções praticadas têm impactos na saúde positivos e mensuráveis (Ministério da Saúde, 2010). Este documento enfatiza, ainda, a

necessidade de um maior alinhamento e coordenação com outras iniciativas, públicas ou privadas, nas referidas áreas, no sentido de serem evitadas duplicações de esforços e de conseguirem reforços positivos nas atividades e nos resultados alcançados (Ministério da Saúde, 2010).

De uma forma aparentemente independente, surgem com frequência normativas e orientações publicadas pela UMCCI, para as equipas domiciliárias da RNCCI, ao nível dos CSP, que não só regulamentam mas igualmente estabelecem prioridades e metas para a sua atividade.

Mais recentemente, no início de 2012, por despacho do Secretário de Estado do Ministro da Saúde (despacho nº 404/2012, de 3 de janeiro), os programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS são os seguintes:

- Programa Nacional para a Diabetes;
- Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA;
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável;
- Programa Nacional para a Saúde Mental;
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas;
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias;
- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares.

É evidente a importância estratégica dada à prevenção e controlo do tabagismo, promoção da alimentação saudável e saúde mental, áreas em que Portugal apresenta indicadores e índices preocupantes e onde estão comprovadas relações de custo-benefício positivas das intervenções (Ministério da Saúde, 2010).

2.1.6 Caracterização e Organização dos CSP do Algarve

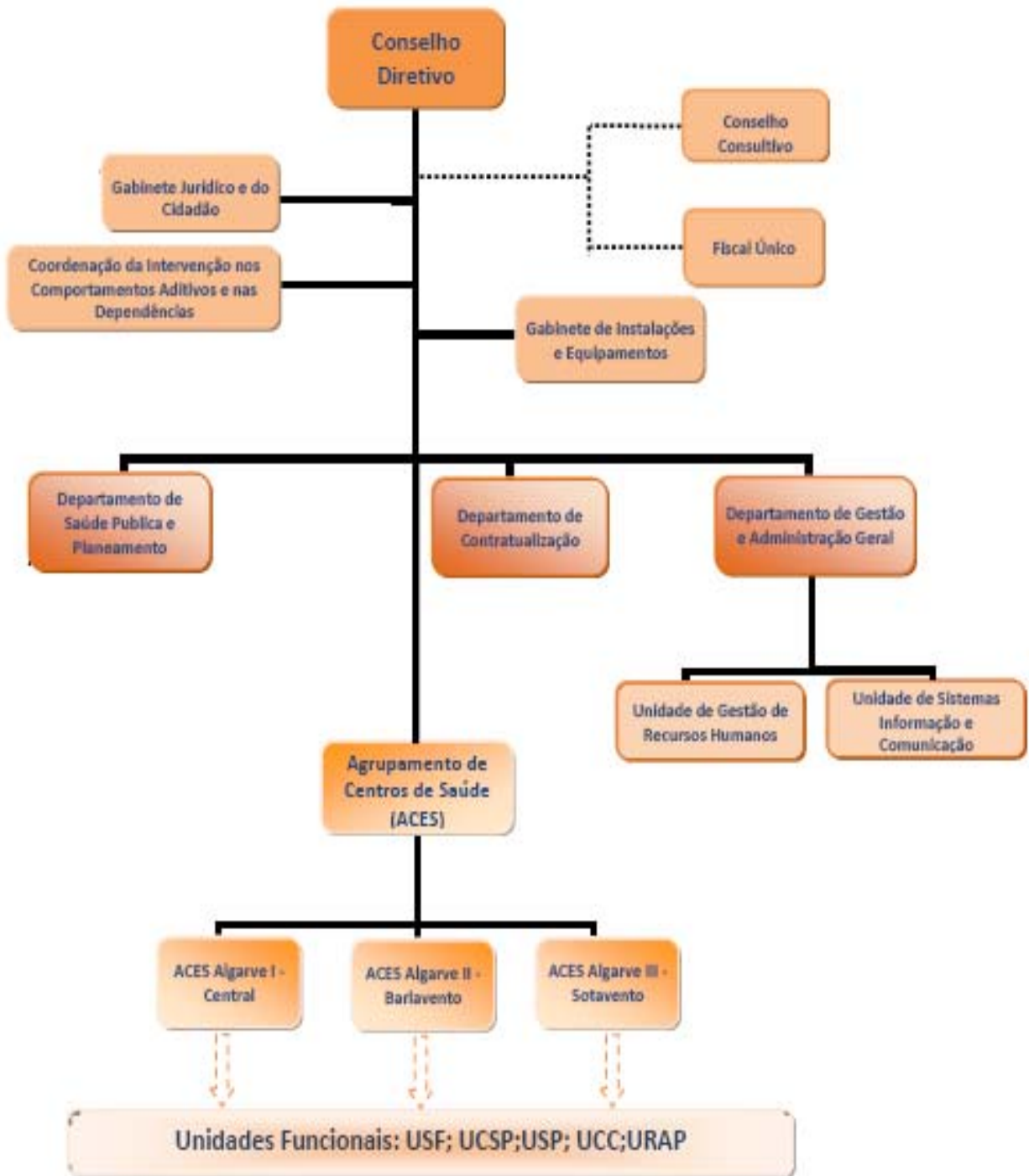
O Algarve é uma região constituída por um único distrito, cuja capital é Faro, repartido por 16 concelhos e 84 freguesias. Tem uma área aproximada de 5.000 km²,

correspondente a 5,6% do território nacional e, segundo os resultados provisórios dos Censos 2011, tem população residente de 451.005 habitantes. Tal facto traduz num aumento de cerca de 14% na última década, constatando-se a existência de uma “população presente” muito superior à “população residente”, considerado fator de sobrecarga para os serviços de saúde (ARSA, 2012a).

Na região do Algarve existe a ARS do Algarve, I.P. Esta é composta por uma estrutura integrada na administração indireta do Estado, dotada de personalidade jurídica, de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, tutelada pelo Ministério da Saúde. Tem como objetivos: *“assegurar a eficácia da prestação de cuidados de saúde à população, a promoção e a racionalização das estruturas e da gestão dos recursos disponíveis na região”* (ARSA, 2012a). O quadro das atribuições da ARS do Algarve, I.P e competências estão definidas no decreto-lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro. O responsável máximo da ARS do Algarve é o conselho diretivo, presidido, atualmente, pelo Dr. Martins dos Santos (ARSA, 2012a).

A figura 2.2 esquematiza a organização interna da ARS Algarve, I.P., de acordo com os seus estatutos (ARSA, 2012a).

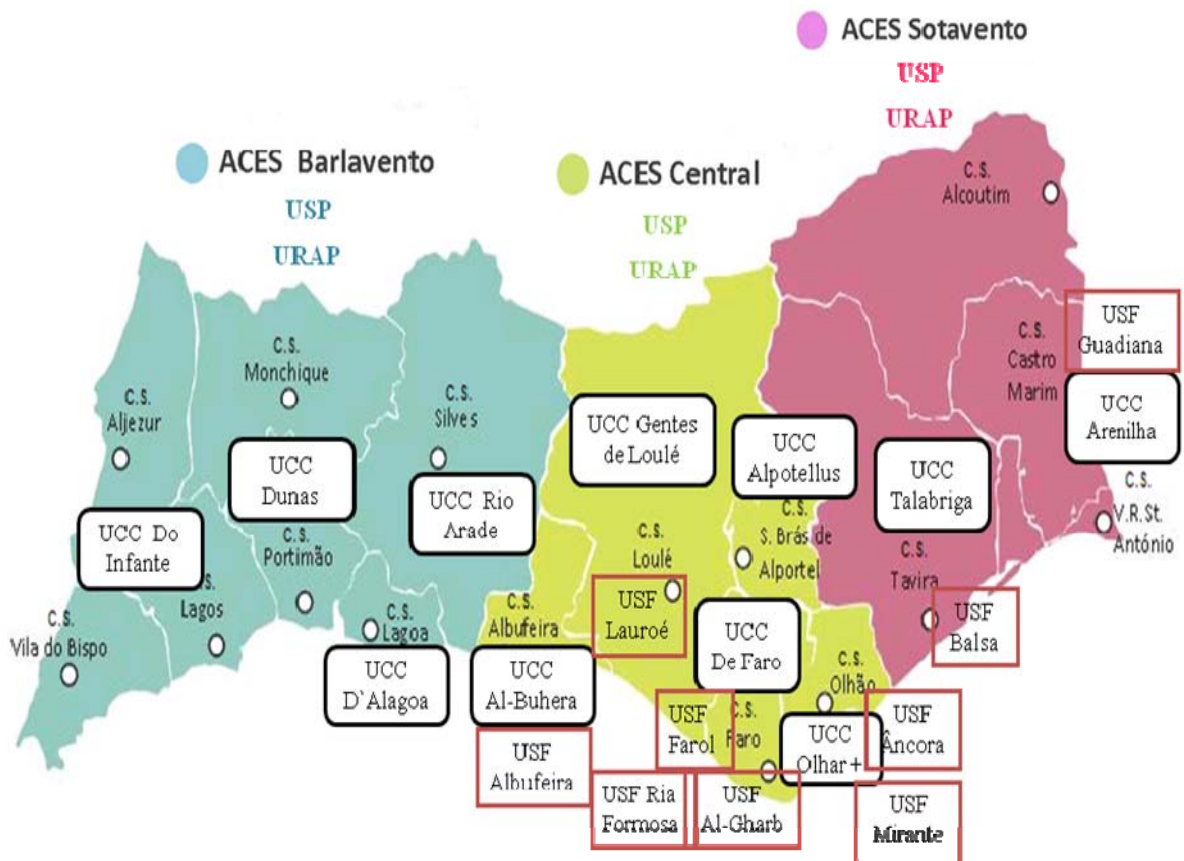
Figura 2.2 – Organograma da ARS do Algarve, IP



(Fonte: Plano de Atividade 2012, ARSA, 2012a)

A reforma dos CSP e a criação dos ACES na região algarvia só teve lugar em março de 2009. Deste modo, a rede de CSP no Algarve é constituída por três ACES, dependentes da ARS do Algarve: ACES Algarve I - Central; ACES Algarve II – Barlavento e ACES Algarve III – Sotavento. Os três ACES englobam no total 16 Centros de Saúde (e respetivas 68 Extensões de Saúde) que, por sua vez, integram, até à data, 9 USF, 21 UCSP e 11 UCC, para além de 3 URAP, 3 USP (uma em cada ACES) e 3 SUB, que oferecem um conjunto variado de serviços (ARSA, 2012a).

Figura 2.3 – Agrupamentos dos Centros de Saúde e Distribuição das USF e UCC no Algarve



(Fonte: Adaptado da página de internet da ARS do Algarve, I.P., ARSA, 2012b)

A rede pública de cuidados hospitalares conta com dois hospitais do Setor Empresarial do Estado (EPE): o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE que é formado por duas unidades hospitalares – a de Portimão e Lagos, com a área de

influência do ACES do Barlavento e o Hospital de Faro, EPE com as áreas de influência dos ACES Central e Sotavento (ARSA, 2012a).

No seu plano de atividades para 2012, a ARS do Algarve define que “*dentre as prioridades do sistema de saúde nacional, decorrentes dos compromissos internacionalmente assumidos, incluem-se a criação de mais unidades de saúde familiar, bem como o reforço da articulação cuidados primários e os cuidados hospitalares.*” Neste sentido, as prioridades regionais em saúde consistem (ARSA, 2012a):

- na continuação da melhoria da qualidade e do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde;
- na contenção de custos no âmbito da gestão do medicamento e da rede de serviços de saúde;
- no reforço da criação de novas unidades funcionais, assegurando: a viabilidade, a eficiência e a efetividade das já existentes;
- na promoção de uma maior participação dos cidadãos na procura de cuidados e no exercício do seu direito a cuidados de saúde de qualidade.

O plano indica como programas prioritários os já identificados a nível nacional pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (ARSA, 2012a).

A região do Algarve é uma das regiões do país com maior carência de recursos humanos no setor da saúde, com rácios referentes ao número de profissionais de saúde por 1000 habitantes inferiores à média nacional. Isto traduz-se, nomeadamente, em elevadas percentagens de utentes inscritos sem médico de família e justifica-se, em parte, pelo forte acréscimo da população não residente no período do verão, bem como à política de redução de pessoal na Administração Pública, o que acentuou a escassez de pessoal permanente nos centros de saúde (ARSA, 2012a).

Tabela 2.2 – Pessoal em serviço nos centros de saúde da ARS do Algarve em 2009

Médicos	Enfermeiros	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
Total	290	391
Não Especialistas	53	359
Especialistas	237	32
Medicina Geral e Familiar	218	4
Dermatovenereologia	0	3
Ginecologia/Obstetria	0	2
Medicina Dentária /Estomatologia	0	0
Oftalmologia	0	1
Otorrinolaringologia	0	0
Pediatria	3	0
Pneumologia	0	0
Psiquiatria	0	0
Radiodiagnóstico	1	3
Saúde Pública	15	16
Outras especialidades médicas	0	0
		Fisioterapeutas
		Hig.Orais/Odontologistas
		Téc. Radiologia
		Tec.Anál. Cl./ Saúde Pública
		Tec. Hig. e Saúde Ambiental
		Outro Pessoal Técnico
		Técnicos Superiores
		Tec. Serviço Social
		Outros Técnicos Superiores
		Outros Profissionais
		Administrativo
		Serviços Gerais e Auxiliar
		Outro Pessoal

(Fonte: “Centros de Saúde e Unidades Hospitalares/SNS 2009”, DGS, 2011a)

A ARS do Algarve, no seu plano de formação para o ano de 2012, contemplou 34 cursos, 56 ações, correspondendo a um total de 999 horas, de 146 dias de oferta formativa para um universo de 960 formandos (ARSA, 2012).

A sustentabilidade do SNS deve ser assegurada, em primeira linha, valorizando a importância da saúde e promovendo a eficiência dos serviços de saúde, pelo que a estratégia da ARS Algarve, I.P. segue as prioridades em saúde definidas no Programa do XIX Governo Constitucional e do PNS e do seu Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR) para 2012, tendo em consideração o contexto económico-financeiro nacional de redução de custos associados à prestação de cuidados de saúde (ARSA, 2012a).

2.2 Fisioterapia

2.2.1 Definição e Conceitos

Etimologicamente, o conceito de fisioterapia deriva do grego da palavra “*physis*”, que significa natureza e deu origem à expressão “físio”, e da expressão “*therapuein*”, que significa terapia/tratamento, isto é, fisioterapia significa literalmente “terapia por meios naturais” (Lucas, 2005). Todavia, hoje a prática da fisioterapia moderna não se limita ao uso de meios naturais e manuais, questão que já tem levado alguns autores a estudar e discutir a adequabilidade do termo às atuais características desta profissão (Lucas, 2005).

Existem várias definições de fisioterapia em todo o mundo, não existindo um consenso internacional, apesar de muito semelhantes entre si. A *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) entende que a “*fisioterapia fornece serviços individuais e à população com o objetivo de promover, manter ou restaurar o máximo movimento e capacidade funcional ao longo da vida, prestando serviços em circunstâncias em que o movimento e a função estão ameaçadas pela idade, lesão, doença ou condições ambientais*” (WCPT, 2011). Por esta definição, e pelo aquilo que se entende ser a corrente prática clínica da profissão, o fisioterapeuta é, nos dias de hoje, um profissional de saúde centrado na funcionalidade motora do corpo, um “terapeuta do movimento”. Mais que as terapias, são, essencialmente, os objetivos da sua atuação que mais parecem caracterizar este profissional.

A WCPT define ainda fisioterapia como:

“uma profissão estabelecida e regulamentada, com características profissionais específicas na educação e na prática clínica. O amplo conhecimento do corpo e do seu movimento caracterizam as competências destes profissionais, fundamentais para determinar o diagnóstico e estratégias de intervenção terapêuticas. A prática irá variar em relação ao contexto em que se enquadra, consoante se trata de promoção da saúde, prevenção, manutenção, intervenção / tratamento, habilitação ou reabilitação (WCPT, 2007 op. cit. Bártolo, 2009).

Em Portugal, a fisioterapia está definida, como já foi referido, como uma profissão como o estatuto legal de TDT, com designação específica de fisioterapeuta, decretada desde 1999:

“O fisioterapeuta centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.” (art.º 5º do decreto-lei nº 564/99 de 21 de dezembro de 1999).

Esta definição caracteriza a fisioterapia e enquadra-a nas particularidades da intervenção centrada numa avaliação sistemática da postura e movimento e na natureza dos seus meios de intervenção, numa lógica de complementaridade com as restantes profissões de saúde (Guerra, 2010; Bártole, 2009). É igualmente realçado o papel, não só no tratamento e reabilitação de incapacidades, deformidades ou outras condições onde o movimento funcional está comprometido, mas na educação e promoção da saúde e prevenção da doença (Guerra, 2010). Esta definição é suficientemente abrangente e em tudo se enquadra nas orientações clínicas e pressupostos de intervenção dos CSP.

Todavia, torna-se ainda pertinente distinguir e enquadrar a fisioterapia no conceito de reabilitação. Embora sejam conceitos próximos, o campo de atuação da fisioterapia, como veremos, é mais amplo e transversal, não se restringindo ao nível da reabilitação (mas também à educação e promoção da saúde e prevenção da doença). A reabilitação é definida pela OMS (WHO, 2009) como um processo global e dinâmico de apoio na recuperação e/ou habilitação da pessoa portadora de deficiência, a atingir ou manter um estado físico, sensorial, intelectual, psicológico e social ótimo, maximizando a funcionalidade, independência e autonomia. Verifica-se assim que este conceito pode não integrar apenas a atividade da fisioterapia, mas também outras áreas profissionais, pois, dependendo da situação, tornam-se menos efetivos os cuidados prestados e concentrados num único profissional ou classe profissional. Segundo as orientações emanadas pela OMS (2008), é o trabalho multidisciplinar (e preferencialmente, interdisciplinar) que melhor caracteriza e fornece cuidados de reabilitação de qualidade, com reais e efetivos ganhos para o utente.

2.2.2 História e Evolução da Fisioterapia em Portugal

A história da fisioterapia, como atividade, é ancestral e remonta aos primórdios da própria civilização, que empiricamente procurava e recorria a recursos naturais e físicos para aliviar e curar problemas e doenças (Lucas, 2005). Só em 1905 é que o termo fisioterapia foi utilizado pela primeira vez, no *British Medical Journal*, tendo-se realizado, também nesse ano, o primeiro Congresso Internacional de Fisioterapia (Gil, 1990). A primeira referência em Portugal, aproximada ao conceito de profissão, surge em Diário do Governo em 1901, seguindo-se várias alterações na sua designação e função, sempre acompanhada por uma semelhante e indissociável evolução das profissões tecnológicas de saúde e com o próprio conceito e abordagens da reabilitação (Coutinho, 2003).

Até 1966 competia ao Ministério da Saúde e aos órgãos/instituições de saúde a formação dos técnicos de saúde, nos quais se incluíam os hoje designados fisioterapeutas. Em 1901 foi publicado no Diário do Governo, no decreto nº293 de 27 de dezembro, referente à criação de um “*Laboratório de Análise Clínica*”, no Hospital Real de S. José, que dera origem a cinco dos atuais grupos profissionais das tecnologias da saúde, incluindo a fisioterapia (Coutinho, 2003). Nos períodos seguintes foram criadas as primeiras formações estruturadas que exigiam avaliação de habilitações, em que os fisioterapeutas tinham a categoria de auxiliares técnicos. Por iniciativa Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), em 1956, foi criado o primeiro curso de reabilitação. Assim, em 1961, a fisioterapia, juntamente com as profissões tecnológicas de saúde, concretizaram as suas primeiras conquistas de estatutos, como técnicos e auxiliares de fisioterapia (portaria nº18.523 de 12 de junho 1961), começando a ser obrigatório um diploma de curso de “técnico de fisioterapia” para o enquadramento do pessoal nos serviços hospitalares (Coutinho, 2003).

Paralelamente, em 1951 foi fundada a WCPT em Copenhaga, que alberga como membros muitas associações de fisioterapia no mundo. A 12 de novembro de 1960 foi também criada a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), uma associação sem fins lucrativos que se dedica à defesa da ética e deontologia e que garante a qualificação profissional do pessoal em exercício. Em 1963, a APF foi integrada como membro na WCPT (Guerra, 2010).

Mas foi só em 1966 que foi regulamentada um terceiro nível de formação que conferia o estatuto com o título de fisioterapeuta pela Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA). Os referidos cursos tinham uma duração de três anos e exigiam o 3º ciclo do liceu, sendo o corpo docente constituído por fisioterapeutas norte americanos e britânicos (Coutinho, 2003). Em Ultramar esta formação iniciou-se dois anos mais cedo com a criação das escolas Técnicas dos Serviços de Assistência do Ultramar, cujo curso era de três anos e as exigências literárias eram o curso complementar do Liceu. Também a Escola do Serviço de Saúde Educativo Nacional, em 1979 começou a lecionar, formalmente, o curso de fisioterapia. Os cursos de formação de fisioterapia tinham a duração de três anos e exigiam, a partir de 1986, o 12º ano de escolaridade. Este foi um período de grande investimento na ciência, na pedagogia e na tecnologia que permitiu, mais tarde, a integração da fisioterapia no ensino superior. Também, nesta fase, a fisioterapia caminhou para a sua privatização e uma tendenciosa liberalização, surgindo os primeiros investimentos em iniciativas particulares que permitiram uma grande divulgação da profissão e maior acesso da população a este tipo de serviços (Coutinho, 2003).

Em 1989, todos os fisioterapeutas foram integrados num estatuto de TDT que passaram assumir um estatuto mais completo, pois foi articulado com a reformulação dos níveis académicos e com a integração no sistema educativo nacional da altura. Também em 1986 foram definidos os conteúdos funcionais destes técnicos e competências das várias categorias profissionais (portaria nº256 –A/1986 de 28 de maio) (Coutinho, 2003).

Em 1993, foi decretada a primeira definição de fisioterapia e regulamentação do seu exercício (decreto-lei nº261/93 de 24 de julho de 1993) e a sua integração legal e oficial no ensino superior politécnico com grau de bacharel (decreto lei nº280/97 de 15 de outubro de 1997). A ERA foi integrada no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA), o que levou com que passasse a pertencer ao ensino superior privado e cooperativo (Escola Superior de Saúde de Alcoitão – ESSA). Em 1998, os cursos de fisioterapia das Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (ESTES) de Lisboa, Coimbra e Porto passaram a cursos bietápicos de licenciatura, mas só em 1999 foram autorizadas a conferir os graus de bacharel e licenciatura, dando-se assim uma subida de

grau académico (Coutinho, 2003). Hoje, com o processo de Bolonha, o curso superior de fisioterapia confere o grau de licenciatura em 4 anos.

Em 1999, estabeleceu-se o estatuto legal de TDT para a licenciatura em fisioterapia. A definição já referida enquadra a fisioterapia num nível profissional semelhante às outras profissões, conferindo-lhe identidade e autonomia e descreve as suas características principais de atuação, relativamente à avaliação, planeamento e intervenção, no âmbito do seu exercício (Coutinho, 2003).

Em 2002, foi ainda publicado o aviso n.º 9448/2002 de 29 de agosto referente ao Manual das Boas Práticas da Medicina Física e Reabilitação, no qual inclui os fisioterapeutas no vasto leque de profissões e atividades que atuam no âmbito da especialidade médica de fisioterapia, questão que é controversa (Bártolo, 2009) e que será discutida no ponto seguinte.

A história e evolução da fisioterapia passaram por várias fases em Portugal, acompanhadas de aquisições legais, desde a criação dos primeiros centros e instituições de formação e dos primeiros estatutos. A formação de profissionais, nesta área, foi-se aperfeiçoando. Partiu de uma organização precária e de curta duração, com origens na enfermagem, caminhando no sentido de uma especialização mais profunda, até integração no ensino superior e respetivo grau de licenciatura, conferindo, nos dias de hoje, o título de fisioterapeuta, integrado no estatuto TDT (Coutinho, 2003). No entanto, é importante recordar que a criação da carreira TDT precedeu a integração da fisioterapia, e das outras profissões das tecnologias da saúde, no grau de licenciatura, não tendo sofrido alterações significativas nos seus estatutos desde 1999. Atualmente, os movimentos sindicais reivindicam uma reestruturação da carreira ou um ajustamento remuneratório, equiparado aos dos Técnicos Superiores de Saúde, justificado pelo facto da maioria dos fisioterapeutas na administração pública serem licenciados.

2.2.3 Caracterização e Organização da Fisioterapia em Portugal

A fisioterapia é a terceira maior profissão de saúde não só na Europa como também em Portugal, estimando-se a presença de cerca de 6000 fisioterapeutas neste país (Guerra, 2010). Como referimos, a fisioterapia é, hoje em dia, uma profissão

autónoma que requer habilitações de nível superior, cujo exercício está legalmente reconhecido pela legislação portuguesa.

O decreto-lei no 564/99 de 21 de dezembro define o estatuto legal (objeto, âmbito, natureza e estrutura da carreira) dos TDT e a designação de fisioterapeuta. Este decreto clarifica ainda, no ponto 2 do Artigo 3.º, que *“no desenvolvimento das suas funções, os TDT atuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planejar, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão”*. O ponto 1 do Artigo 6.º esclarece ainda que *“a carreira TDT reflete a diferenciação e qualificação profissionais inerentes ao exercício das funções próprias de cada profissão, devendo aquelas ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, sem prejuízo da intercomplementaridade o nível das equipas em que se inserem”*

Contudo, em 2002, foi publicado, e de uma forma ainda pouco explícita para alguns autores (Guerra, 2010; Bártolo, 2009), o Manual das Boas Práticas da MFR (aviso n.º 9448/2002 de 29 de agosto). Este integrou os fisioterapeutas como subordinados à especialidade médica de fisioterapia, sem contudo revogar a o decreto-lei 564/ 99 de 21 de dezembro, onde a fisioterapia é definida como uma profissão autónoma. Este aviso acrescenta ainda que: *“todos os actos terapêuticos praticados no âmbito das atividades da clínica deverão ser executados no respeito pelas indicações, prescrição e conhecimentos médicos, sendo para tal exigido que todos os programas terapêuticos sejam prescritos em consulta médica fisiatrica”* (Bártolo, 2009). Apesar do enquadramento normativo, persiste um contexto funcional da fisioterapia, que a coloca como recurso da especialidade de MFR, em conformidade com o seu regime de financiamento (Bártolo, 2009). Assim, não é claro quais os limites de autonomia do exercício do fisioterapeuta, não só quando não está integrado em serviços de MFR, como quando exerce funções em serviços que não configuram a existência de médico fisiatra, como são o caso dos centros de saúde.

A fisioterapia é parte integrante do sistema de saúde português e atua em várias unidades ou instituições, públicas ou privadas, nos três níveis de cuidados (Guerra, 2010):

- Cuidados de Saúde Primários: nos centros de saúde e clínicas/instituições particulares;
- Cuidados de Saúde Secundários ou Diferenciados; nos hospitais, centros de MFR, clínicas/instituições particulares;
- Cuidados de Saúde Terciários ou Continuados: unidades da RNCCI, lares e instituições de apoio a idosos, clínicas/instituições particulares.

O sistema de saúde português prevê a possibilidade de celebração de convenções e acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde destinados aos utentes do SNS, nos termos consagrados na lei de bases da saúde. Podem-se, assim, prestar cuidados de saúde a utentes do SNS por entidades privadas, previamente acordadas com o Ministério da Saúde, através das ARS (Bártolo, 2009). A fisioterapia, enquadrada funcionalmente na MFR, é um dos serviços, ao nível dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), que representa uma parcela com impacto significativo no total de despesas no nosso país. Em 2006, do total dos serviços convencionados, 85% da faturação dizia respeito aos MCDT, sendo que destes 63% refere-se a cuidados de fisioterapia e reabilitação (ERS, 2006 *cit. op.* Bártolo, 2009).

De acordo com o estudo “Caraterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação” da ERS (2008), em 2007, foram identificados um total de 617 serviços de MFR, correspondendo, destes, 75% a entidades privadas, 14% a entidades do setor social (Misericórdias e Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS), e 11% a entidades públicas. Dispõem, estes serviços, de um total de 4.187 profissionais, encontrando-se 56,4% no setor privado, 19,3% no setor social e 24% no setor público. Destes profissionais, 45% são fisioterapeutas (ERS, 2008). Pela leitura destes dados, evidencia-se a preponderância do setor privado e da importância da fisioterapia na prestação de cuidados de reabilitação.

Funcionalmente, o acesso aos cuidados de fisioterapia em Portugal é estabelecida por referência ou indicação médica, seja a nível hospitalar ou ao nível dos CSP, sendo que os cuidados podem ser prestados, como foi referido, no setor público ou privado. Dentro das instituições públicas, podem existir modelos e circuitos de referência próprios, que partem de uma indicação médica de qualquer especialidade ou serviço, solicitando “Fisioterapia”, “Consulta de MFR” ou “Consulta de Fisiatria”.

Contudo, ao nível dos cuidados diferenciados, independentemente da fonte da referenciação, a atuação dos fisioterapeutas é precedida de uma consulta médica de fisioterapia e, nesta, é formalizada (ou não) a indicação de fisioterapia. Para o setor privado, é exigido uma requisição “Meios complementares de Diagnóstico/Actos terapêuticos e consulta” (modelo 330.10 - “credencial verde”) para o regime geral do SNS, solicitando “Consulta MFR”, podendo variar o modelo e o regime de pagamento, conforme alguns subsistemas (ADSE, por exemplo) (ERS, 2008).

O sistema de pagamento dos cuidados da fisioterapia e reabilitação, tanto a nível do pagamento contratual do SNS, como dos subsistemas, seguros e pagamentos diretos pelo utente, é constituído por um sistema retrospectivo, de pagamento por ato (Bártolo, 2009). Todos os procedimentos constam numa tabela (Bártolo, 2009; ERS, 2008). Considerando a tabela de preços do SNS da MFR (portaria nº 110-A/2007 de 23 de janeiro), que estabelece o preço médio de cada acto em função do tempo de execução e diferenciação técnica, constata-se que os procedimentos estão agrupados por “Técnicas Diagnósticas” e “Técnicas Terapêuticas” e, dentro desta última, existe com conjunto vasto de outros procedimentos, associados em setores. Verifica-se que a nomenclatura utilizada (do Manual de Boas Práticas da MFR) se encontra desatualizada e desadequada face ao atual nível de desenvolvimento científico da fisioterapia, não refletindo, deste modo, o seu desempenho (Bártolo, 2009; ERS, 2008).

Por conseguinte, a maioria dos registos da prestação de cuidados de fisioterapia estão baseados no modelo de financiamento, isto é, assentam no número de tratamentos (procedimentos), de utentes e de sessões. Estes registos significam, por norma, apenas apuramento de frequência em termos de produção, inviabilizando a caracterização do utente em termos de gravidade, complexidade e tempo médio de recuperação. Assim sendo, perde-se a aferição dos resultados das intervenções dos fisioterapeutas, bem como os recursos utilizados (Bártolo, 2009).

Neste sentido, a APF (2009) sugere um conjunto vasto de indicadores de produção, indicadores de recursos e indicadores de desenvolvimento profissional, aplicados ao contexto da RNCCI. É também sugerido pela APF a adoção das orientações da OMS para o recurso a sistemas de registo e informação baseados na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (APF, 2009). A CIF é um sistema de classificação universal que foi oficialmente endossado

por todos os Estados-Membros da OMS, na Quinquagésima quarta Assembleia Mundial da Saúde em 2001. A CIF permite, assim, caracterizar a saúde e os domínios da funcionalidade, numa perspetiva física e social através de duas listas (funções corporais e estruturas e atividade e de participação) (WHO, 2012). Este sistema de classificação baseia-se em modelos de intervenção e raciocínio clínico, particularmente conhecidos aos fisioterapeutas, pelo que a sua implementação generalizada, poderá constituir uma boa referência à construção de indicadores, não só de produção mas de resultado (APF, 2009; Bártolo, 2009).

Segundo um estudo português sobre o financiamento da fisioterapia em Portugal, existem dúvidas sobre que os fatores que têm condicionado as oscilações nos pressupostos legislativos sobre o exercício dos fisioterapeutas, não ajustada à evidência e ao conhecimento científico atual (Bártolo, 2009). Este estudo conclui, ainda, que o vigente financiamento da fisioterapia, baseado em procedimentos, está desajustado, restringindo, portanto, o acesso aos cuidados e inviabilizando uma intervenção de qualidade e coerente, face às necessidades de cada indivíduo. Tal facto pode impossibilitar inclusive intervenções a custos mais baixos (Bártolo, 2009). Esta questão ganha, assim, uma dimensão importante quando se analisa os custos associados à referenciação restringida aos cuidados de fisioterapia. Já alguns estudos internacionais demonstraram e identificaram os benefícios, para a saúde e para redução de custos, em modelos de acesso direto aos cuidados de fisioterapia, ao nível dos CSP (Ludvigsson & Enthoven, 2012, Webster *et al*, 2008; Holdsworth *et al*, 2004).

Frequentemente, para os serviços de MFR hospitalares são encaminhados os utentes do internamento ou em seguimento ao episódio de doença/incapacidade que justificou o pedido. Os centros de MFR e unidades de internamento da RNCCI possuem critérios específicos de admissão que, de uma forma simplificada, se destinam a situações de doença, incapacidade ou dependência mais complexas e severas que exijam reabilitação mais integrada (mais áreas profissionais) ou continuada. Na maioria das unidades de internamento da RNCCI, os cuidados são prestados por instituições particulares, assentes em contratações especiais com o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Existe já uma norma da DGS (2011b) com orientações para a prescrição de MFR no acidente vascular cerebral (AVC),

baseadas na avaliação clínica e funcional através de escalas (índice Barthel e/ou escala de medida de independência funcional - MIF).

As restantes situações, habitualmente relacionadas com condições ligeiras, crónicas e/ou permanentes, são referenciadas pelos CSP (médicos de família) para clínicas e /ou instituições particulares locais, convencionadas com o SNS, ou mesmo para os serviços existentes nos próprios centros de saúde.

Para além de cuidados e intervenções diretas a utentes, os fisioterapeutas exercem ainda funções de gestão e administração, consultoria e docência. Mais ligadas às áreas do desporto, estética e lazer, existem ainda fisioterapeutas a trabalhar em centros termais, unidades hoteleiras, ginásios e clubes desportivos, escolas/instituições de ensino, dentre um conjunto vasto de instituições públicas e privadas.

Acrescenta-se, ainda, que, em Portugal, os fisioterapeutas guiam-se por códigos e princípios de éticos específicos da profissão, nomeadamente, as Normas de Boas Práticas, baseadas em normas internacionais definidas pela WCPT, e adaptadas à realidade Portuguesa pela APF, que deverão servir de base ao exercício da fisioterapia (Guerra, 2010).

2.2.4 Áreas e Programas de Intervenção da Fisioterapia

À semelhança de outros profissionais de saúde, a fisioterapia atua nos três níveis de cuidados de saúde, nos quais estão presentes, de forma por vezes indissociável, as três funções e/ou objetivos fundamentais da sua intervenção (Guerra, 2010):

- Educação e Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e da população em geral, de forma a capacitá-los a melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e seus determinantes, sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais;
- Prevenção de doença, perdas ou limitações funcionais, incapacidades em indivíduos em risco de comportamentos alterados do movimento, devidos a fatores relacionados com saúde, psicossociais e ambientais, e estilos de vida;

- Reabilitação e Tratamento, com o fim de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função, recuperação e habilitação e minimizando a incapacidade, essencial à funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos, com reais e/ou potenciais alterações do comportamento motor.

A atividade dos fisioterapeutas, nos vários contextos de atuação, é uma realidade cujos benefícios sociais e económicos para os utentes e seus familiares são amplamente reconhecidos (Guerra, 2010). A intervenção do fisioterapeuta deve ser dirigida tanto a indivíduos como à família e cuidadores de utentes e à comunidade (Guerra, 2010).

Analisando os planos de estudos das mais antigas escolas de fisioterapia do país, Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA) (aviso 10409/2012 de 2 de agosto) e Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTESL, (2012), pode-se referir que as principais áreas de intervenção da fisioterapia são:

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

Embora integrem particularidades e abordagens (técnicas e métodos) das áreas anteriormente referidas, podem ainda ser definidas outras mais específicas (ESTESL, 2012):

- Fisioterapia Materno-infantil e na Saúde da Mulher: Preparação para o Nascimento e Parentalidade, Apoio e Aconselhamento ao Aleitamento Materno (Cantinhos da Amamentação), Fisioterapia no Pós-parto e Recuperação do Pavimento Pélvico; Fisioterapia na Incontinência Urinária, Fisioterapia na Cirurgia Oncológica na Mulher (Mastectomia), Massagem do Bebê/Infantil;

- Fisioterapia Pediátrica (ou em condições pediátricas) e na Intervenção Precoce na Infância (IPI);
- Fisioterapia em Populações e Condições Especiais: Fisioterapia na Geriatria e Saúde do Idoso, Fisioterapia em Cuidados Paliativos, Fisioterapia no Desporto, Fisioterapia na Saúde Mental, Fisioterapia na Saúde Escolar, entre outras;
- Fisioterapia em Contextos Específicos: Fisioterapia nos Cuidados Continuados, Fisioterapia na Comunidade, Fisioterapia na Educação e Promoção da Saúde, Fisioterapia no Meio Aquático, entre outras.

Como é possível apurar, o campo de intervenção da fisioterapia é vasto mas cada vez mais específico, acompanhando o ciclo de vida do indivíduo, desde a conceção até à fase terminal, passando pelas principais fases do crescimento e desenvolvimento (criança, jovem, adulto e idoso). Partindo sempre de uma avaliação pormenorizada com base em exames e testes especiais, os objetivos da fisioterapia são variados, existindo inúmeras técnicas ou métodos terapêuticos. Embora existam grupos bem identificados e caracterizados quanto às suas necessidades (diabetes, obesidade, HIV/SIDA, etc.), é difícil determinar todas patologias ou condições específicas para a intervenção da fisioterapia. Na prática, a atuação dos fisioterapeutas baseia-se na avaliação da postura e condição motora do utente, bem como nos reais e potenciais compromissos no seu estado funcional e qualidade de vida, pelo que qualquer patologia ou situação pode ser suscetível da intervenção da fisioterapia.

2.3 Fisioterapia em CSP

2.3.1 Contextos, Definições e Conceitos

A fisioterapia em CSP é uma realidade bem consistente em vários países do mundo e, em particular, na Europa, embora ainda seja uma realidade recente e pouco consolidada em Portugal. Segundo Fricke (2005 *op. cit.* Ferreira, 2011), entre alguns dos atributos e capacidades que justificam a importância e benefício do papel da fisioterapia estão:

- Grande conhecimento de anatomia, fisiologia, movimento normal e alterado;
- Conhecimento das fases normais do neurodesenvolvimento;
- Terapia baseada na atividade e movimento;
- Objetivação da independência e autonomia funcional do indivíduo;
- Estratégias de auto-ajuda;
- Integração do trabalho em equipa multidisciplinar e abordagem holística;
- Papel ativo na prevenção de lesões;
- Reconhecidas competências comunicativas, relacionais e emocionais;
- Familiaridade com a continuidade nos cuidados de saúde;
- Capacidade de resolução de problemas e raciocínio clínico.

Partindo das definições e considerando o enquadramento cultural e socioeconómico dos fisioterapeutas em cada país, é possível constatar a existência de uma multiplicidade de funções no contexto dos CSP e da comunidade que, segundo com vários autores, foram identificadas como sendo (WCPT, 2003):

- Educação e promoção da saúde;
- Prevenção da doença, incapacidades e deformidades;
- Prestação de cuidados diretos de tratamento e reabilitação;
- Educação e ensino na promoção de autonomia de pessoas com deficiência;
- Formação e treino de outros profissionais para transferência de competências;
- Consultoria, aconselhamento e supervisão de outros cuidados e profissionais de saúde;
- Investigação em serviços de fisioterapia/reabilitação na comunidade (CBR);
- Cargos de coordenação e gestão;
- Assessoria de governos, organizações não-governamentais (ONG) e comunidades locais para desenvolvimento de políticas e programas de saúde.

Das pesquisas realizadas através das plataformas *ScienceDirect* (<http://www.sciencedirect.com/>) e *B-on* (<http://www.b-on.pt/>) com as palavras “*Physiotherapy Primary Care*”, “Fisioterapia em Cuidados de Saúde Primários”, “*Physiotherapy Community Care*”, “Fisioterapia na Comunidade” e “*Physiotherapy Health Centres*” foi possível constatar a existência de vários estudos internacionais, destacando-se os estudos espanhóis, ingleses e os documentos orientadores da WCPT, embora existam poucos estudos sobre a realidade portuguesa, no contexto específico da fisioterapia em CSP.

Por outro lado, foram identificados diferentes conceitos e terminologias para os vários tipos e modelos de cuidados de fisioterapia, de acordo com o sistema de saúde português, integrados ao nível dos CSP. Assim, “*Physiotherapy in Primary Care*” (terminologia anglo-saxónica) ou “*Fisioterapia en Atención Primaria*” (espanhol) entende-se como um conceito amplo, semelhante ao “Fisioterapia em CSP” que pode integrar um conjunto variado de serviços, em função do contexto de cada país. Surge também o conceito de “*Community Based Physiotherapy*” (CBP) que é a fisioterapia na comunidade que procura “*aumentar ou manter um nível ótimo de habilidade física e independência dos utentes inseridos no ambiente da sua comunidade*” (Gleeson *et al*, 1989 *op cit* Seymour & Kerr, 1996), isto é, integra tantos os cuidados de fisioterapia no domicílio (em Portugal, prestadas pelas equipas domiciliárias da RNCCI), cuidados de fisioterapia em ambulatório, em clínicas ou centros de saúde, bem como atividades formais de educação e promoção da saúde na comunidade.

De forma distinta, surge ainda o conceito de “*Community Based Rehabilitation*” (CBR) que está definida pela WCPT (2003) como uma “*estratégia desenvolvida para a reabilitação, equidade de oportunidade e integração social para todos os indivíduos portadores de deficiência, implementada em combinação de esforços dos utentes, famílias e comunidades, fornecendo serviços de saúde, de educação, vocacionais e sociais*”, mas não integra apenas cuidados de fisioterapia. A WCPT refere que a CBR está intrinsecamente relacionado com os CSP (“*Primary Care*”), mas esclarece que o conceito de CBR não se extingue nas necessidades físicas e mentais, estendendo-se a outros domínios. Os CSP, por sua vez, não se limitam aos domínios da reabilitação e aos portadores de deficiência, embora, dependendo do contexto e dos sistemas de cada nação, estes dois serviços possam estar sobrepostos ou integrados (WCPT, 2003).

Um dos mais antigos estudos é o de Seymour & Kerr (1996) que procurou caracterizar, por aplicação de um questionário aos fisioterapeutas, a fisioterapia baseada na comunidade (CBP) de uma região (distrito) inglesa (Nottingham), a qual incluía, predominantemente, os cuidados ao domicílio e, em menor proporção, as atividades formais de educação e promoção da saúde. Este estudo identificou algumas das vantagens da intervenção no domicílio, para a funcionalidade e satisfação dos utentes. Concluiu que existe uma satisfação geral dos fisioterapeutas com o acesso ao equipamento, com a formação em serviço e com a relação com outros profissionais das equipas da comunidade, sugerindo novos estudos sobre as potencialidades das estratégias de educação e promoção da saúde (Seymour & Kerr, 1996).

Um estudo mais recente, de Lowe & Bithell (2000), avaliou, através de questionário aos coordenadores, os serviços de fisioterapia musculoesquelética nos centros de saúde de Inglaterra. Concluiu que 49,8% dos responsáveis dos serviços reconhecem que o serviço oferece benefícios acrescidos aos seus utentes, identificando como riscos o isolamento profissional dos fisioterapeutas, em relação aos seus pares, e o impacto na distribuição e equidade dos recursos e na qualidade dos cuidados prestados.

MacLeod *et al* (2002) procurou identificar e definir o “*interface*” ou coordenação entre o nível de cuidados primários e secundários, nomeadamente entre os cuidados agudos no hospital e o apoio domiciliário dos centros de saúde. Concluiu que existem falhas nos critérios de referenciação e falta de informação das equipas domiciliárias, demonstrando a necessidade, sentida pelos profissionais da fisioterapia, de uma maior articulação entre os dois níveis de cuidados.

Os muitos estudos espanhóis trazem um importante contributo para o desenvolvimento da fisioterapia nos CSP, sobretudo pela proximidade geográfica e organizacional ao sistema de saúde português, embora a sua história e evolução seja significativamente mais longa e estruturada. O estudo de Lourido & Rocha (2008) fez uma revisão bibliográfica sobre a temática da fisioterapia na comunidade, desde a conceção à intervenção, identificando as necessidades existentes na população e descrevendo estratégias de intervenção em grupos na comunidade, bem como atividades educação e promoção da saúde. Outra compilação bibliográfica em McColl *et al* 2009 identificou seis diferentes modelos de integração da reabilitação nos CSP. Aferiram, simultaneamente, a existência de obstáculos à sua implementação, suscetíveis de

melhoramento, nomeadamente o trabalho em equipa, as relações interpessoais, a liderança, a comunicação, os custos, a referenciação e a abordagem ao utente. Mais tarde, surgiu um estudo semelhante (Pérez *et al*, 2011), concluindo que os principais modelos de reabilitação são o modelo médico fisiatra nos CSP, modelos integrativos da reabilitação nos CSP e modelos de reabilitação integrados na comunidade.

Liria *et al*, (2009) avaliaram os serviços de fisioterapia ao domicílio no sistema público de saúde ibérico, numa parceria entre os dois países, no qual participaram três fisioterapeutas portuguesas, docentes na ESTESL. Este estudo verificou que existe pouca investigação sobre a realidade desta atividade na península ibérica, que forneçam informação baseada na evidência sobre: a eficiência dos cuidados de fisioterapia prestados no domicílio, a satisfação dos utentes e os efeitos com outros tratamentos. Concluiu-se que são necessários estudos que avaliem estes aspetos, bem como o atual quadro legislativo da saúde, a distribuição de recursos e os modelos de intervenção.

Num outro estudo (Liria *et al*, 2010) é descrita e analisada a fisioterapia em unidades móveis de reabilitação nos CSP, identificando ganhos em funcionalidade nos utentes, embora concluindo a necessidade de uma melhor avaliação e criação de um modelo de atuação bem definido. No estudo Escales *et al* (2011) procurou-se avaliar o estado da fisioterapia em CSP na cidade de Valência em relação: à promoção da saúde e prevenção da doença, às equipas de trabalho, ao nível de atividade de investigação e em relação aos recursos humanos e materiais disponíveis. Neste estudo, também, foram auscultados fisioterapeutas mediante aplicação de um questionário.

É importante destacar ainda um documento produzido pelo Serviço de Saúde de Andaluzia (2003), “*Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria – Guia de Procedimientos*”, que integra dois tipos de intervenção, os tratamentos em ginásio (“*tratamientos en salas*”) e os tratamentos em domicílio (“*tratamientos en domicilio*”). Este guia poderá ser útil à criação de documentos devidamente estruturados e adaptados à realidade portuguesa, uma vez que a fisioterapia nos CSP em Portugal também integra as duas modalidades de intervenção anteriormente referidas.

A maioria destes estudos reiteram a importância e as vantagens da fisioterapia e da reabilitação nos CSP e/ou na comunidade, embora enunciem alguns problemas e/ou barreiras. Sugerem-se mais estudos para a definição de modelos e programas de

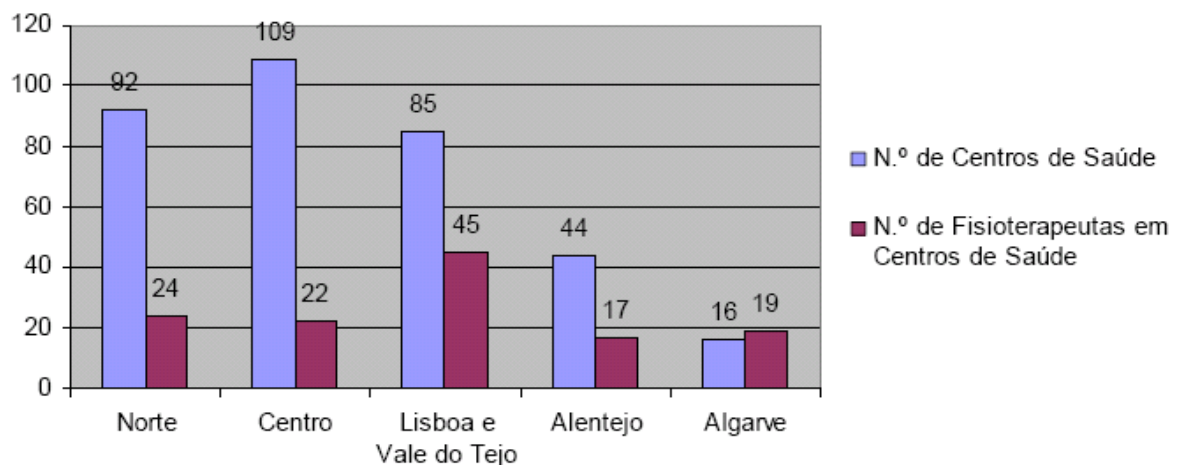
atuação, assim como para a avaliação da eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Daqui depreende-se, também, a preponderância atribuída aos cuidados domiciliários no âmbito dos CSP, estando já identificados, como referido, alguns dos seus benefícios, inclusive em termos sociais, familiares e culturais (Lourido & Gelabert, 2008).

2.3.2 Fisioterapia nos CSP em Portugal

Em Portugal, a fisioterapia nos CSP começa a dar os primeiros passos, na década de 90, com a integração de fisioterapeutas nos centros de saúde e implementação de programas de saúde comunitária (Guerra, 2010). Mediante tais programas, por parte de alguns profissionais, foram-se criando grupos de interesse e implementando projetos, neste nível de cuidados (Guerra, 2010). Concretamente, é recente e pouco consolidada a intervenção dos fisioterapeutas nos CSP, justificando as poucas referências à sua participação nos documentos normativos. Existe uma lacuna de informação e de evidência científica, nesta área, conhecendo-se poucos estudos publicados sobre a realidade portuguesa.

De acordo com um levantamento desenvolvido pela APF, até ao final do ano 2007, existiam em todo o país 127 fisioterapeutas nos centros de saúde. Na figura 2.4 apresenta-se o número de fisioterapeutas a trabalhar em centros de saúde comparado com o número de centros de saúde, por ARS (APF, 2009).

Gráfico 2.1 – Comparação entre o número de centros de saúde e o número de fisioterapeutas em centros de saúde, por ARS, em Portugal.



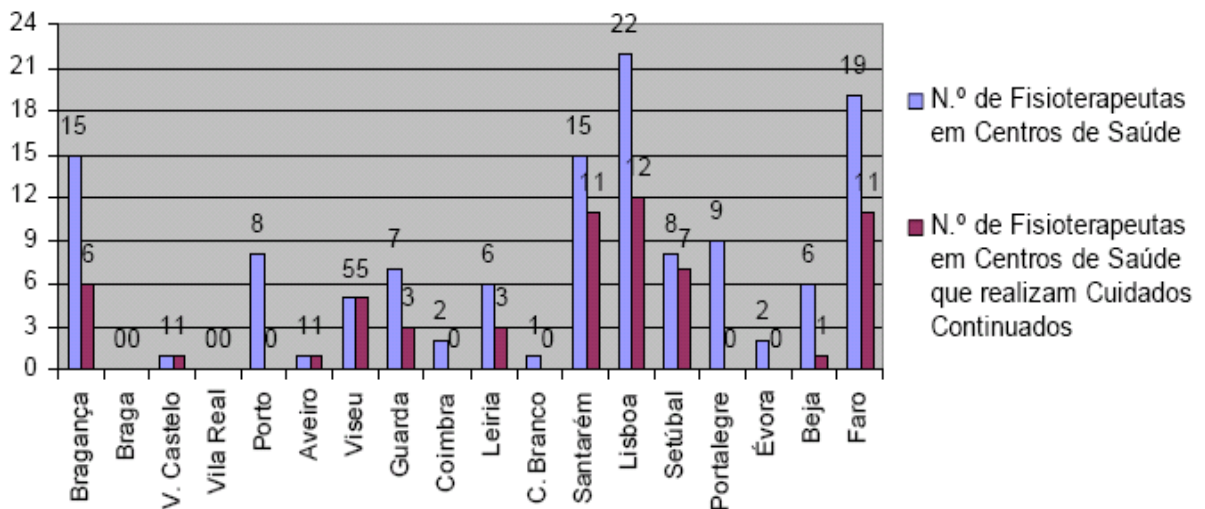
(Fonte: APF, 2009)

Verifica-se um reduzido número de fisioterapeutas, face ao número de centros de saúde, havendo uma cobertura desigual nas várias regiões de saúde do país. Pelo gráfico, denota-se, ainda, que o Algarve é a região com o melhor rácio de cobertura, apresentando mesmo um número de fisioterapeutas superior ao número de centros de saúde.

Na distribuição por distrito, Lisboa era o distrito com maior número de fisioterapeutas (22), seguindo-se Faro (19), Bragança e Santarém (15). Os únicos distritos que não possuíam fisioterapeutas eram da região do Norte, respetivamente, Braga e Vila Real, sendo que o distrito do Porto apenas apresentava oito fisioterapeutas com intervenção restrita a cuidados curativos (APF, 2009).

Do total de fisioterapeutas em funções nos centros de saúde em 2007 (APF, 2009), existiam aproximadamente metade (48%) a intervir nas ECCI, embora a maioria destes em tempo parcial (Figura 2.2).

Gráfico 2.2 – Comparação entre o número de fisioterapeutas nos centros de saúde em CSP e em cuidados continuados.



(Fonte: APF, 2009)

Dados mais recentes (DGS, 2011a) indicam um aumento do número de fisioterapeutas em centros de saúde, de 127 para 139 em 2009 (conforme Tabela 2.1).

É importante referir ainda que os serviços de fisioterapia nos CSP em Portugal não se extinguem nos serviços prestados pelos centros de saúde. Aliás, como já foi referido, a maior parcela dos cuidados de fisioterapia prestados têm lugar no setor

privado e social, sobretudo em clínicas, instituições e/ou IPSS, convencionadas com o SNS e/ou outros subsistemas e inseridas na comunidade (ERS, 2008). Contudo, a maior parte destes cuidados integram-se no nível do tratamento e reabilitação, sendo escassas as abordagens e os serviços ao nível da educação e promoção da saúde (Bártolo, 2009), razão pela qual não será alvo de estudo.

Todavia, as referências ao papel e à intervenção da fisioterapia nos CSP em Portugal é praticamente nula nos vários documentos publicados pela MCSP ou no próprio PNS (Guerra, 2010). Os próprios indicadores de desempenho dos CSP não contemplam a atividade destes profissionais e não sugerem áreas de atuação específicas a esta classe. Este facto poderá ser justificado pelo número comparativamente reduzido de fisioterapeutas, face a outros grupos profissionais (médico e enfermeiros), e pelo aparente desconhecimento do potencial destes profissionais (Guerra, 2010).

Em Portugal, e um pouco à semelhança dos estudos internacionais existentes, entende-se que o campo de atuação na fisioterapia nos CSP estará inserido no conjunto de áreas e programas de âmbito geral, já referidos no capítulo 2.2.4, mas orientados para a educação, promoção da saúde e prevenção da doença. No entanto, interessa enumerar aquelas áreas que são conhecidas e, factualmente, relacionadas com este nível de cuidados:

- Fisioterapia em Ambulatório (nas instalações dos centros de saúde), em variáveis modalidades e condições de saúde, incluindo classes de movimento e fisioterapia respiratória;
- Fisioterapia na Saúde Materno-Infantil, na Preparação para o Nascimento e Parentalidade, Apoio e Aconselhamento ao Aleitamento Materno (Cantinhos da Amamentação), Fisioterapia no Pós-parto e Recuperação do Pavimento Pélvico; e Massagem do Bebê/Infantil;
- Fisioterapia na Saúde Infantil e Intervenção Precoce na Infância (IPI)
- Fisioterapia na Saúde Mental, no caso do Algarve onde existem Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil (GASMI), desde 2001, através de um protocolo de colaboração com o Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Pediátrico de Dona Estefânia;

- Fisioterapia em Programas e Projetos de Educação e Promoção da Saúde na Comunidade.
- Fisioterapia nos Cuidados Continuados e Apoio Domiciliário;
- Fisioterapia na Saúde Escolar;
- Fisioterapia no Meio Aquático, incluindo classes de movimento.

A APF (2005 op. cit. Ferreira, 2011) descreve também as linhas de ação e áreas prioritárias para o desenvolvimento da fisioterapia em CSP. Dá ênfase:

- à saúde da mulher;
- à saúde infantil e IPI;
- aos programas de intervenção nas patologias respiratórias;
- aos programas de intervenção em educação postural,;
- à saúde do adolescente e jovem e à saúde do idoso;
- aos cuidados continuados;
- à intervenção com doentes em situações crónicas e às populações de risco e,
- à formação.

Todavia, desconhece-se alguma definição de um perfil e/ou modelo de intervenção da fisioterapia em CSP em Portugal.

2.3.3 Fisioterapia nos CSP do Algarve

A região do Algarve revelou um forte impulso e dinamismo nos CSP, desde as experiências piloto da RNCCI, continuando a verificar-se o aumento da intervenção da fisioterapia, quer ao nível das ECCI quer no que respeita às diferentes tipologias e programas, sendo, por isso, a região do país com maior cobertura de fisioterapeutas nos centros de saúde (APF, 2009).

Na região do Algarve, os primeiros recrutamentos de fisioterapeutas para os centros de saúde remonta aos finais da década de 90 e ao ano 2000. À data, não eram claros os propósitos da fisioterapia nos CSP, nem as atividades prioritárias para a intervenção destes profissionais nesta área. Os próprios técnicos, nessa altura juntamente com os diretores dos centros de saúde (ainda na antiga estrutura), definiam as primeiras atividades e projetos nesta região. As primeiras intervenções, foram desenvolvidas no âmbito da saúde comunitária e apoio domiciliário (nas antigas equipas do Apoio Domiciliário em Saúde - ADS), da saúde materno-infantil, de alguns projetos de educação e promoção na saúde, bem como ao nível da reabilitação e tratamento nos serviços de internamento existentes. Progressivamente, começou a surgir da prestação de cuidados de fisioterapia nas instalações dos centros de saúde, conforme os investimentos realizados em equipamentos.

Mais tarde, nos anos de 2007 e 2009, com a integração das ECCI nos CSP, 13 novos fisioterapeutas foram contratados para os centros de saúde, tendo como prioridade as solicitações da RNCCI. Hoje, existem 23 fisioterapeutas distribuídos por 15 dos 16 centros de saúde do Algarve (a exceção é o centro de saúde de Castro Marim, coberto pelos serviços do centro de saúde de Vila Real de Santo António). A sua atividade depende diretamente dos coordenadores das unidades funcionais onde estão inseridos, tendo como responsáveis locais máximos os diretores executivos dos ACES.

Formalmente, pouco se conhece sobre as características, a organização, as condições e as atividades desenvolvidas por estes profissionais a nível nacional e, particularmente, na região do Algarve. Já existem documentos internos aos serviços (regulamentos e planos de ação) elaborados pelos profissionais ou pelas unidades funcionais (URAP ou UCC), ou mesmo os planos de desempenho dos ACES, que contemplam habitualmente o número de procedimentos da atividade de fisioterapia (ACES Barlavento, 2012), baseando-se nos seus registos e informação estatística.

Todavia, dado que nenhuma das atividades (intervenções ou procedimentos), no âmbito da fisioterapia nos centros de saúde, não estão sujeitas a qualquer tipo de faturação, tornam-se relevantes preocupações relativas à recolha de dados que espelhem a verdadeira atuação destes profissionais e a sua organização nas estruturas de saúde. Estudos que reúnam informação, de forma a se puder descrever as características, as

condições de trabalho e a satisfação profissional dos fisioterapeutas, tornam-se pertinentes, na região do Algarve.

O atual mapa estatístico da fisioterapia foi desenvolvido por um grupo de trabalho de fisioterapeutas que exercem funções nos centros de saúde, e aplicado pela ARS do Algarve, a partir do ano de 2011. É, provavelmente, o único documento transversal a todos os profissionais, nos três ACES. Este documento permite inferir algumas das principais áreas e atividades dos fisioterapeutas, no Algarve. O mesmo grupo já procurou desenvolver alguns documentos, nomeadamente um regulamento comum, que uniformizasse a atividade da fisioterapia nos centros de saúde da ARS do Algarve contudo, acabou por não ter sido aplicado.

Funcionalmente, o acesso à fisioterapia é feita por referência ou indicação médica, de qualquer especialidade, mas sobretudo de clínica geral (médicos de família ou de recurso), para os serviços disponíveis em cada centro de saúde. Contrariamente ao que se sucede noutros níveis de cuidados, os centros de saúde não contemplam, ao que se conhece, serviços de MFR, nem de médicos desta especialidade. Assim sendo, o fisioterapeuta acaba por ter relativa autonomia na sua avaliação e intervenção. Tal facto, não significa a inexistência de eventual necessidade de avaliação ou de seguimento por parte da especialidade de fisioterapia (ou outra), como está previsto, por exemplo, no atual regulamento dos fisioterapeutas no ACES do Barlavento (David, 2009). Contudo, desconhece-se que esta seja a realidade em todos os ACES e em todas as unidades funcionais e/ou equipas. Também ficam dúvidas quanto à coerência e à necessidade das referidas referências e/ou indicações no campo da educação, promoção da saúde e prevenção da doença ou incapacidades.

Porém, é logo no acesso à fisioterapia que surgem as primeiras incongruências e dificuldades na “gestão da autonomia” dos fisioterapeutas. Este facto, não só é pelo indefinido enquadramento funcional destes profissionais face à especialidade de MFR, mas, sobretudo, pela ausência de critérios de admissão, objetividade e devida hierarquização destes parâmetros. Estes, por sua vez, devem cumprir as orientações e pressupostos estabelecidos pela OMS e pelo PNS. Apesar de existirem condutas internas em cada unidade (ou ACES) ou equipas, essas caracterizam-se como insuficientes em termos pretensão de critérios de qualidade na prestação de serviços.

Não esquecendo que a referida qualidade deverá estar assente em pressupostos de equidade, cobertura universal e efetividade.

As referidas dificuldades na gestão clínica da fisioterapia é, na prática, mais facilmente ultrapassável se as atividades forem desenvolvidas em contexto de multidisciplinaridade, que incluam, naturalmente, médicos, como são os casos das ECCI. Neste caso, as decisões são assumidas pelo grupo, segundo um conjunto de critérios definidos pela UMCCI e avaliações dos vários profissionais. No entanto, também, neste exemplo, não existem critérios específicos, relativos à intervenção dos fisioterapeutas. Contudo, isto não significa que as avaliações, apreciações e outras abordagens destes profissionais não estejam assentes em pressupostos e na evidência científica atual. A fragilidade causada pela falta de regulamentação formal acaba por deixar os fisioterapeutas em situações desiguais, face aos demais profissionais de saúde e, até, à própria população. Defende-se, por isso, que a atividade dos fisioterapeutas deverá estar mais estruturada e protocolada, ao nível dos órgãos de gestão dos vários ACES e, porventura, da ARS do Algarve.

Por outro lado, parecem existir muitas discrepâncias e diferenças na atividade dos fisioterapeutas entre os três ACES, talvez provocadas pelas próprias diferenças na orgânica funcional de cada uma, bem como das suas unidades funcionais. Contudo, entende-se que deverá existir uma estrutura orgânica e uma regulamentação comum a estes profissionais, assim como uma definição de atividades e prioridades partilhadas, em conformidade com as políticas de saúde, atualmente, vigentes nos CSP. Para tal, torna-se premente conhecer o que já se faz a este nível, qual a sua organização, assim como as perspetivas, a satisfação e as expetativas dos próprios profissionais envolvidos. Do mesmo modo, é importante conhecer as características dos utentes de fisioterapia e a sua satisfação, bem como as suas expetativas em relação aos tratamentos. É importante criar um ponto de partida para a estruturação da fisioterapia nos CSP da região, que contribua para otimização dos recursos e dos serviços, não descurando os princípios básicos assentes neste nível de cuidados.

3. METODOLOGIA

A presente investigação envolveu um conjunto procedimentos e de etapas metodológicas (Apêndice A). Considerando a natureza da informação que se pretende recolher e analisar, procurou-se definir um conjunto de procedimentos, métodos e técnicas que permitissem responder à questão de partida e aos objetivos específicos estabelecidos.

3.1 Populações e Amostras do Estudo

O estudo pretende recolher e analisar dados relativos a duas populações distintas:

1. Fisioterapeutas que exercem funções nos centros de saúde do Algarve, com vínculo de trabalho em funções públicas com ARS Algarve. A dimensão da população é de 23 profissionais e procurou-se estudar a sua globalidade, sem recurso a amostra.
2. Utentes em intervenção de fisioterapia através dos serviços prestados pelos centros de saúde do Algarve. A dimensão da população é desconhecida, mas, neste caso, foi extraída uma amostra não aleatória, por conveniência.

3.1.1 Amostra de Utentes

A amostra em estudo é constituída pelos utentes em intervenção de fisioterapia, pelos serviços dos centros de saúde do Algarve, disponíveis no período de recolha dos dados, que consentem a sua participação e com capacidade de responder e/ou preencher o questionário pelos seus próprios meios e/ou através dos outras pessoas delegadas por si (cuidadores, responsáveis legais e/ou acompanhantes).

3.1.2 Critérios de Exclusão da Amostra

Os critérios de exclusão da amostra estão relacionados com a incapacidade de resposta dos utentes ao questionário, nomeadamente:

- Uteses que não sabem ler ou escrever e que não possam assinar consentimento e/ou que não tenham pessoas que os substituam nesta função;
- Uteses não conscientes, não orientados, com alterações cognitivas e/ou de comportamento ou que, por motivo de idade, estão impossibilitados ou condicionados na compreensão do conteúdo do questionário.

3.2 Recolha de Dados e Instrumentos

Inicialmente foram solicitadas autorizações (Apêndice B) para a recolha de dados ao Presidente do Conselho de Administração da ARS do Algarve. I.P., Comissão de Ética da mesma instituição e diretores executivos e/ou clínicos dos três ACES (Central, do Barlavento e do Sotavento). Aquando do deferimento dos pedidos (Anexo A, B, C e D), contactou-se a população e amostra do estudo, através dos serviços de fisioterapia nos centros de saúde do Algarve. A investigação teve um horizonte temporal aproximado de onze meses (de fevereiro a dezembro de 2012), sendo que a fase de recolha de dados decorreu entre os meses de julho e outubro, nos referidos centros de saúde (Apêndice A).

O instrumento escolhido para a recolha de dados foi o inquérito por questionário. Deste modo, foram construídos dois questionários, um dirigido aos fisioterapeutas e outro aos utentes de fisioterapia.

3.2.1 Questionário dos Fisioterapeutas

O questionário dirigido aos fisioterapeutas (Apêndice C) é um inquérito anónimo e de autopreenchimento, disponibilizado na internet na plataforma “*Google Docs*”. Este foi enviado à população de fisioterapeutas, através dos contactos de correio eletrónico dos serviços.

O questionário é constituído por quatro partes, num total de 30 perguntas: “I – Caraterização Individual” (10 questões), “II – Atividade Profissional” (10 questões), “III – Local e Condições de Trabalho” (7 questões) e “IV – Grau de Satisfação e Expetativas” (3 questões). A maior parte das perguntas são fechadas e de escolha múltipla, existindo apenas seis de resposta aberta.

Na construção do instrumento procurou-se integrar, para além de dados demográficos, parâmetros já analisados e abordados em outros estudos (Pérez *et al*, 2011; McColl *et al*, 2009; Lourido & Rocha, 2008; Lowe & Bithell, 2000; Seymour & Kerr, 1996), bem como outras informações entendidas como pertinentes nesta temática, de forma a responder a todos os objetivos específicos. A classificação das opções de áreas de intervenção e atividades desenvolvidas teve como base o mapa estatístico de fisioterapia da ARS do Algarve (ARSA, 2011).

O período para resposta decorreu entre 18/07/2012 e 22/10/2012, tendo sido feitos contactos por correio eletrónico, bem como apoio e esclarecimentos presenciais e telefónicos perante solicitações. Os termos de consentimento informado (Apêndice D) foram enviados por correio e dirigidos aos serviços de fisioterapia de todos os centros de saúde do Algarve e recolhidos presencialmente a 22/10/2012.

3.2.2 Questionário dos Utentes

O questionário dirigido aos utentes (Apêndice E) é, igualmente, anónimo de autopreenchimento, mas foi distribuído, em papel, aos utentes em intervenção de fisioterapia através dos respetivos fisioterapeutas ou da investigadora.

Este questionário é constituído por três partes, num total de 16 perguntas: “I – Caraterização Individual” (6 questões), “II – Tratamento de Fisioterapia” (7 questões) e “III – Grau de Satisfação e Expetativas” (3 questões). Na maioria, as perguntas são abertas, embora dirigidas (idade, profissão, etc.), enquanto sete são fechadas e de escolha múltipla.

Mais uma vez, o questionário integrou dados demográficos e parâmetros que pretendem caraterizar o perfil do utente e da intervenção de fisioterapia, também conforme os objetivos estabelecidos para o estudo.

Os questionários, juntamente com os termos de consentimento informado (Apêndice F), foram enviados em papel, via correio, para todos os centros de saúde do Algarve e dirigidos aos serviços de fisioterapia. Foi solicitado aos fisioterapeutas que apenas disponibilizassem os documentos aos seus utentes, esclarecendo que não deveriam inquirir os indivíduos nem auxiliá-los no preenchimento do questionário, de modo a minimizar condicionalismos e enviesamentos nas respostas (de satisfação, por exemplo).

Nos centros de saúde do ACES do Barlavento, os questionários foram entregues e recolhidos presencialmente pela própria investigadora, entre os dias 10/10/2012 a 17/10/2012. Nos restantes ACES (Central e do Sotavento), o período de resposta decorreu entre 18/07/2012 e 22/10/2012. Os questionários e os consentimentos foram recolhidos nos centros de saúde no dia 22/10/2012.

3.3 Variáveis em Estudo

A partir dos dois questionários elaborados pretendem-se recolher, analisar e discutir as seguintes variáveis:

- **Caraterísticas Sociodemográficas e Profissionais dos Fisioterapeutas:** “sexo” (qualitativa nominal dicotómica), “idade” (quantitativa contínua), “concelho de residência” (qualitativa nominal), “centro de saúde em funções” (qualitativa nominal), “categoria profissional” (qualitativa ordinal), “habilitações literárias” (qualitativa ordinal), “tempo na profissão” (quantitativa contínua), “tempo nos CSP” (quantitativa contínua), “tempo no centro de saúde atual” (quantitativa contínua) e “formação complementar” (qualitativa nominal dicotómica);
- **Áreas e Atividades de Intervenção da Fisioterapia:** “áreas de intervenção” (qualitativa nominal), “atividades desenvolvidas por área de intervenção” (qualitativas nominais, onde cada possibilidade de resposta assume-se como uma variável dicotómica de sim/não); “tempo semanal dispendido por área de intervenção” (quantitativas contínuas); “responsabilidade na definição das atividades” (qualitativa nominal), “função principal do fisioterapeuta” (qualitativa nominal), “atividades entendidas como prioritárias pelos

fisioterapeutas” (qualitativa nominal, onde cada possibilidade de resposta assume-se como uma variável dicotômica de sim/não);

- Local e Condições de Trabalho dos Fisioterapeutas: “instalações” (qualitativa nominal), “material terapêutico” (qualitativa nominal), “formação contínua/serviço” (qualitativa nominal), “partilha de informação” (qualitativa nominal), “trabalho em equipa multidisciplinar” (qualitativa nominal); “reuniões de equipa” (qualitativa nominal) e “frequência das reuniões” (qualitativa ordinal);
- Grau de Satisfação e Expetativas dos Fisioterapeutas: “satisfação com profissão” (qualitativa ordinal), “satisfação com a intervenção em CSP” (qualitativa ordinal), “satisfação com as condições de trabalho” (qualitativa ordinal), “expetativas em relação à profissão” (qualitativa nominal) e “expetativas em relação ao trabalho e à situação profissional atuais” (qualitativa nominal);
- Caraterísticas Sociodemográficas dos Utentes em Intervenção de Fisioterapia: “sexo” (qualitativa nominal dicotômica), “idade” (quantitativa contínua), “concelho de residência” (qualitativa nominal), “centro de saúde inscrito” (qualitativa nominal), “ocupação/profissão” (qualitativa nominal), “nível de escolaridade” (qualitativa ordinal) e “patologia/condição de saúde” (qualitativa nominal);
- Caraterísticas dos Tratamentos/Intervenção de Fisioterapia: “local” (qualitativa nominal), “tipo” (qualitativa nominal), “tempo de fisioterapia” (qualitativa ordinal), “frequência das sessões” (qualitativa ordinal), “tempo das sessões” (quantitativa contínua);
- Grau de Satisfação e Expetativas dos Utentes em Intervenção de Fisioterapia: “satisfação com fisioterapeuta” (qualitativa ordinal), “satisfação com resultados do tratamento” (qualitativa ordinal), “satisfação com centro de saúde” (qualitativa ordinal), “tempo esperado de continuação da fisioterapia” (qualitativa nominal) e “resultados esperados” (qualitativa nominal, onde cada possibilidade de resposta assume-se como uma variável dicotômica de sim/não).

3.4 Tratamento dos Dados e Análise Estatística

Tendo presente os objetivos do estudo, numa primeira fase, realizou-se uma análise preliminar dos dados, através de estatística descritiva, com o intuito de caracterizar os fisioterapeutas, a intervenção da fisioterapia nos CSP e a amostra de utentes, relativamente aos parâmetros anteriormente identificados. Perante a natureza dos dados e os tipos de variáveis, numa segunda fase procedeu-se a uma análise estatística multivariada através da Análise de Correlação Canónica Não Linear (OVERALS), seguida do método de formação de *clusters* hierárquicos. Deste modo, procurou-se captar variáveis de importância para o estabelecimento de padrões e construção de perfis de fisioterapeutas e de utentes.

Os dados recolhidos através dos questionários foram introduzidos e analisados com recurso ao programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 15.0.

3.4.1 Análise de Correlação Canónica Não Linear: OVERALS

Face aos objetivos deste trabalho e atendendo a que os questionários são constituídos essencialmente por questões de resposta nominal ou ordinal, optou-se por utilizar o método OVERALS. Este método foi inicialmente descrito por Gifi (1981), Van der Burg *et al.* (1988) e Van der Burg (1988) e é adequado para variáveis qualitativas de qualquer tipo. É uma técnica de análise multivariada de dados, que procura elementos comuns entre vários conjuntos de variáveis medidos no mesmo objeto, permitindo desta forma, explicar as semelhanças e as diferenças nas relações entre os diversos conjuntos de variáveis. “*O propósito do OVERALS é determinar a semelhança de conjuntos de variáveis categóricas entre si*” (Yazici *et al.*, 2010), o que permite a criação de padrões, tipologias ou topologias, mesmo nas relações mais complexas.

A análise de correlação canónica é uma técnica para a identificação e quantificação da associação entre dois grupos de variáveis. Uma correlação canónica consiste em correlacionar duas variáveis canónicas, sendo que uma delas representa o conjunto de variáveis dependentes e, a outra, o conjunto de variáveis independentes.

(Lira, 2004). O objetivo principal deste método consiste em explicar a relação entre dois ou mais conjuntos de variáveis e a partir daí encontrar um pequeno número de combinações lineares para cada um dos conjuntos, de forma a maximizar as correlações entre os grupos (Carrol, 1968). O método OVERALS utiliza o algoritmo *Alternating Least Squares* (ALS) para transformar, através de escalas ótimas, variáveis categóricas em variáveis métricas. A partir daqui, o método fornece:

- O ajustamento (*fit*) que permite comparar o ajuste obtido na análise com o ajustamento máximo possível (que condiz com o número de dimensões existentes). Esta função diferencia três componentes: ajustamento múltiplo (*multiple fit*), ajustamento simples (*single fit*) e perda simples (*single loss*). Os valores de ajustamento múltiplo (*multiple fit*), por indicarem a variável mais discriminante de cada categoria, terão predominância no presente estudo.
- A perda (*loss*) que dá a diferença entre o número de dimensões selecionadas e a melhor adaptação calculada a partir do algoritmo ALS.
- Os pesos canónicos (*weights*) e as cargas canónicas (*component loadings*) que permitem analisar a relevância das variáveis. Estes parâmetros avaliam a contribuição relativa de cada variável, para cada dimensão e por conjunto. Quanto maiores os valores obtidos, maior o poder discriminante para os indivíduos, ou seja, maior a relevância da variável.
- Os valores próprios (*eigenvalues*) que são calculados com base na informação do ajustamento e da perda, e que indicam o nível de relação de cada dimensão com os conjuntos de variáveis, podendo assumir valores entre 0 e 1.

3.4.2 Análise de Clusters

Segundo Reis (2001), “os métodos de análise de clusters são procedimentos de estatística multivariada que tentam organizar um conjunto de indivíduos, para os quais é conhecida informação detalhada, em grupos relativamente homogêneos (clusters)”. Assim, a partir das cargas canónicas (*component loadings*) adstritas a cada indivíduo, pretende-se encontrar grupos de indivíduos (*clusters*) com comportamento similar,

sobre as variáveis selecionadas via OVERALS. O objetivo é formar grupos onde se verifique a homogeneidade interna e a heterogeneidade externa, e desta forma, estabelecer padrões de comportamento (perfis) baseados nas características em análise. Neste estudo optou-se pela construção de *clusters* hierárquicos pelo método entre grupos com base na distância euclidiana ao quadrado.

3.4.3 Definição dos Conjuntos de Variáveis (SET)

De acordo com os objetivos definidos neste trabalho, fez-se duas análises de OVERALS, uma para os dados dos fisioterapeutas e outra dos utentes. Em relação aos fisioterapeutas, criaram-se cinco conjuntos de variáveis (*sets*) distintos: “*Set 1 – Atividades Desenvolvidas*”, “*Set 2 – Atividades Prioritárias*”, *Set 3 – Local e Condições de Trabalho*”, “*Set 4 – Satisfação dos Fisioterapeutas*” e “*Set 5 – Expetativas dos Fisioterapeutas*”.

As variáveis do *set 1* integram todas as possibilidades de resposta às questões 2.2.1 (“Áreas de intervenção e atividades que desempenha em ambulatório/centro de saúde”) e 2.2.3 (“Áreas de intervenção e atividades que desempenha na comunidade”) do questionário dos fisioterapeutas, tratando-se, neste caso, de variáveis nominais dicotómicas do tipo “sim/não”. Do mesmo modo, se procedeu no *set 2*, com a pergunta 2.5 (“No seu ponto de vista, quais as atividades/áreas de intervenção em cuidados de saúde primários que considera prioritárias?”).

No *set 3* estão inseridas as respostas às questões 3.1 (No centro de saúde onde desempenha funções, a fisioterapia dispõe de instalações para intervenção?), 3.1.1 (“Se sim, dispõe de material terapêutico adequado para intervenção nessas instalações?”), 3.2 (“A ARS Algarve/ACES/unidade funcional disponibilizam formação contínua e/ou formação em serviço...?”), 3.3 (“Tem hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?”), 3.4 (“A sua intervenção é habitualmente envolvida em trabalho de equipa multidisciplinar/multiprofissional?”) e 3.5 (“Participa em reuniões regulares de equipa multidisciplinar/multiprofissional?”), todas variáveis nominais.

O *set 4* é constituído pelas variáveis ordinais (do tipo Likert de 4 níveis: “nada satisfeito”, “pouco satisfeito”, “satisfeito” “muito satisfeito”) da pergunta 4.1, na qual os inquiridos apontam a satisfação relativamente à profissão, ao trabalho em CSP e às condições de trabalho. Por último, o *set 5* integra as respostas às questões 4.2 (“descreva sucintamente as expetativas que tem em relação à sua profissão”) e 4.3 (“descreva sucintamente as expetativas que tem em relação ao seu trabalho e à sua situação profissional atuais”), todas classificadas em variáveis nominais.

Quanto aos utentes, optou-se por três conjuntos de variáveis: “*Set 1* – Caraterísticas dos Tratamentos/Intervenção de Fisioterapia”, “*Set 2* – Satisfação dos Utentes” e “*Set 3* – Expetativas dos Utentes”.

O *set 1* engloba as respostas às questões 2.1 (“Qual a situação ou problema de saúde que o (a) levou a fazer fisioterapia?”), 2.2 (“Onde faz os tratamentos de fisioterapia?”), 2.3 (“O tipo de tratamento de fisioterapia é:”), 2.4 (“Há quanto tempo faz fisioterapia?”) e 2.5 (“ Quantas vezes por semana faz fisioterapia”) do questionário dos utentes, todas introduzidas com variáveis nominais.

No *set 2* é constituído pelas variáveis ordinais (do tipo Likert de 4 níveis: “nada satisfeito”, “pouco satisfeito”, “satisfeito” “muito satisfeito”) retiradas da pergunta 3.1 que avalia satisfação face aos resultados da fisioterapia, ao fisioterapeuta e ao centro de saúde. O *set 3* refere-se às respostas às perguntas 2.7, “quanto tempo espera que faça tratamentos de fisioterapia?” (variáveis nominais) e 3.2 “que resultados espera obter com os tratamentos de fisioterapia?” (cada opção é um variável dicotómica do tipo “sim/não”). As tabelas 3.1 e 3.2 que se seguem apresentam as variáveis que constituem cada um dos conjuntos, para os dados dos fisioterapeutas e dos utentes de fisioterapia, respectivamente:

Tabela 3.1 – Conjuntos de variáveis (*sets*) dos fisioterapeutas

Set 1 – Atividades Desenvolvidas (19 variáveis)	Set 2 – Atividades Prioritárias (17 variáveis)	Set 3 – Local e Condições de Trabalho (6 variáveis)	Set 4 – Satisfação dos Fisioterapeutas (3 variáveis)	Set 5 - Expetativas dos Fisioterapeutas (2 variáveis)
<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção em Grupo de Movimento/Algias; • Intervenção em Grupo na Obesidade; • Intervenção em Grupo na Diabetes; • Preparação para o Nascimento; • Recuperação pós Parto; • Intervenção na Incont. Urinária; • Intervenção na Mastectomia; • Intervenção na Menopausa; • Massagem do Bebê/Infantil; • Intervenção Precoce Infantil; • Intervenção no GASMI; • Fisioterapia Individual variável; • Sessões de Educação p/ Saúde no Ambulatório; • Intervenção no Cantinho da Amamentação; • Fisioterapia no Domicílio/ ECCI; • Saúde Escolar; • Fisioterapia em Meio Aquático; • Sessões de Educação p/ Saúde na Comunidade; • Grupos de Movimento para Idosos na Comunidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenção em Grupo de Movimento/Algias; • Intervenção em Grupo na Obesidade; • Intervenção em Grupo na Diabetes; • Preparação para o Nascimento; • Recuperação pós Parto; • Intervenção na Incontinência Urinária; • Intervenção na Mastectomia; • Intervenção na Menopausa; • Massagem do Bebê/Infantil; • Intervenção Precoce Infantil; • Intervenção no GASMI; • Fisioterapia Individual variável; • Intervenção no Cantinho da Amamentação; • Fisioterapia no Domicílio/ ECCI; • Saúde Escolar; • Fisioterapia em Meio Aquático; • Sessões de Educação para a Saúde (Global); 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de instalações para intervenção de Fisioterapia; • Condições de Material Terapêutico; • Formação contínua e/ou formação em serviço; • Hábito de partilhar e/ou discutir casos com colegas da profissão; • Trabalho de equipa multidisciplinar; • Reuniões regulares de equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta; • Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários; • Satisfação com o Local e Condições de Trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> • Expetativas em relação à profissão de fisioterapeuta; • Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais;

Tabela 3.2 – Conjuntos de variáveis (*sets*) dos utentes de fisioterapia

Set 1 – Caraterísticas do Tratamento da Fisioterapia (5 variáveis)	Set 2 – Satisfação dos Utentes (3 variáveis)	Set 3 – Expetativas dos Utentes (6 variáveis)
<ul style="list-style-type: none">• Patologia ou Condição de Saúde do Utente• Local onde faz Fisioterapia• Tipo de Fisioterapia• Tempo decorrido de Fisioterapia• Frequência das sessões de Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none">• Satisfação com os Resultados da Fisioterapia• Satisfação com o Fisioterapeuta• Satisfação com o Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none">• Tempo Esperado para continuação de Fisioterapia• Resultado Esperado: A) Resolver Totalmente o seu problema• Resultado Esperado: B) Resolver Parcialmente o seu problema• Resultado Esperado: C) Manter o estado• Resultado Esperado: D) Prevenir complicações ou outros problemas• Resultado Esperado: E) Aprender a cuidar da sua saúde

(Fonte: Autor)

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao questionário dos fisioterapeutas, responderam um total de 22 fisioterapeutas (dimensão amostral de 22 profissionais), o que abrange 95,65 % da população (Apêndice G). No que respeita aos utentes da fisioterapia, foram obtidos 116 questionários, dos quais 113 (dimensão amostral de 113 utentes) foram considerados válidos (Apêndice H). A inviabilização de três é justificada pelo elevado número de perguntas não respondidas e/ou incoerências no seu preenchimento.

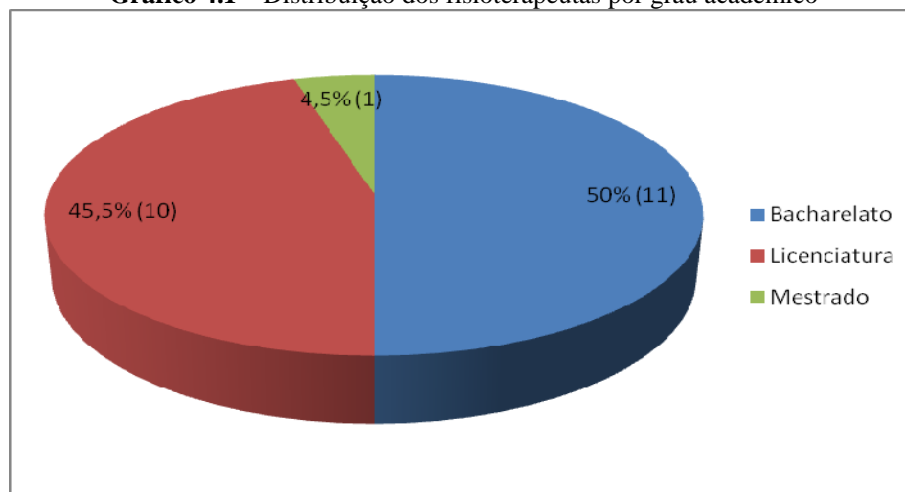
4.1 Análise Descritiva dos Dados

4.1.1 Características Sociodemográficas e Profissionais dos Fisioterapeutas

Do total de 22 fisioterapeutas participantes, 16 (73%) são do sexo feminino e 6 (27%) do sexo masculino. As idades variam entre os 26 e 57 anos, com uma média de 37 anos, associada a um desvio padrão de 9,4 anos. Os inquiridos residem em 11 dos 16 concelhos do Algarve, sendo o mais prevalente, o concelho de Portimão.

A maioria dos fisioterapeutas (59%) encontra-se na categoria mais baixa da carreira (técnico de 2ª classe) e 32% na categoria de técnico principal. Somente 2 profissionais (9%) estão na categoria de técnico especialista; nenhum atingiu os níveis mais altos da carreira. Metade dos profissionais tem o grau de bacharelato (gráfico 4.1).

Gráfico 4.1 – Distribuição dos fisioterapeutas por grau académico



(Fonte: Autor)

O tempo de profissão varia entre os 5 e os 29 anos, sendo a média de 13,7 anos e um desvio padrão de 9,3 anos. Observa-se, contudo, que, sendo a mediana do tempo de serviço quantificada por 7,5 anos, metade dos fisioterapeutas tem uma experiência superior ou igual a 7,5 anos. Já em relação ao tempo nos CSP, em média os fisioterapeutas trabalham há 8,5 anos (associada a um desvio padrão de 6,8 anos) nesta área, estando distribuídos entre 5 a 25 anos. O tempo no centro de saúde atual apresenta ainda uma maior amplitude (entre 1 e os 25 anos), apresentando uma média de 7,3 anos com um desvio padrão de 7,2 anos. A quase totalidade, (91%) dos inquiridos têm formação complementar no âmbito dos CSP e/ou nas áreas de atividade em que desempenham funções.

4.1.2 Áreas e Atividades de Intervenção da Fisioterapia

Quase três quartos dos fisioterapeutas (72,7%) desenvolvem atividades, simultaneamente, em ambulatório/centro de saúde e na comunidade. Através de duas questões abertas, procurou-se definir o tempo semanal dispendido (pelos técnicos) e número de utentes abrangidos por atividade. Contudo, por insuficiência das respostas obtidas, só foi possível apurar o tempo semanal por área de intervenção (no ambulatório e na comunidade). Assim, considerando estes 72,7% (16) respondentes, o tempo semanal dispendido no ambulatório/centro de saúde varia entre as 2 e as 29,5 horas, sendo a média de 17 horas/semana (com um desvio padrão de 8,9 horas). O tempo médio semanal atribuído às atividades na comunidade é também de 17,3 horas/semana (com desvio padrão de 8,0 horas), estando compreendido entre 5,5 e 35 horas.

Apenas 6 (27,2%) do total dos inquiridos desenvolvem trabalho exclusivamente em uma das áreas: 3 dos profissionais (13,6%) trabalham apenas em ambulatório/centro de saúde e os restantes 3 (13,6%) atuam unicamente na comunidade.

A tabela 4.1 indica a distribuição de fisioterapeutas por áreas e atividades de intervenção e por centro de saúde.

Tabela 4.1 – Distribuição dos fisioterapeutas por áreas/atividades de intervenção e por centro de saúde

	Centro de Saúde	Nº de Fisioterapeutas	Áreas e Atividades
ACES Barlavento	Aljezur	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos de Algias/Movimento, Grupos na Diabetes e Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI
	Vila do Bispo	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI
	Lagos	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Intervenção na Incontinência Urinária e Fisioterapia Individual Variável. Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI.
	Portimão	3	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos de Algias/Movimento, Grupos na Obesidade, Grupos na Diabetes, Intervenção na Mastectomia, Intervenção na Recuperação Pós Parto, Intervenção na Incontinência Urinária, Intervenção na Menopausa, Massagem do Bebê/Infantil, Intervenção na IPI, Intervenção no GASMI, Fisioterapia Individual variável Sessões de Educação p/Saúde. Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI e Sessões de Educação para Saúde
	Monchique	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos de Algias/Movimento, Intervenção na Mastectomia, Intervenção na Incontinência Urinária, Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI
	Lagoa	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Intervenção na IPI Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI e Sessões de Educação para Saúde
	Silves	2	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos de Algias/Movimento, Massagem do Bebê/Infantil, Intervenção na IPI, Intervenção no GASMI e Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI, Saúde Escolar e Fisioterapia em Meio Aquático
ACES C.	Albufeira	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos de Algias/Movimento e Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI
	Faro	2	Ambulatório/Centro de Saúde: Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicílio/ECCI e Fisioterapia em Meio Aquático

	Centro de Saúde	Nº de Fisioterapeutas	Áreas e Atividades
ACES Central	Loulé	2*	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos na Obesidade, Intervenção na Preparação Nascimento, Intervenção na Recuperação Pós Parto, Intervenção na Incontinência Urinária, Massagem do Bebê/Infantil, Fisioterapia Individual Variável, Intervenção Cantinho da Amamentação e Sessões de Educação para Saúde. Comunidade: Fisioterapia no Domicilio/ECCI
	Olhão	2	Ambulatório/Centro de Saúde: Intervenção na Preparação Nascimento, Intervenção na Recuperação Pós Parto Massagem do Bebê/Infantil, Intervenção na IPI, Intervenção no GASMI, Intervenção Cantinho da Amamentação, Fisioterapia Individual Variável e Sessões de Educação para Saúde. Comunidade: Fisioterapia no Domicilio/ECCI, Saúde Escolar, Fisioterapia em Meio Aquático
	São Brás de Alportel	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Intervenção na Preparação Nascimento e Intervenção na Recuperação Pós Parto Comunidade: Fisioterapia no Domicilio/ECCI e Sessões de Educação para Saúde
ACES Sotavento	Tavira	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos na Diabetes, Intervenção na Preparação Nascimento, Intervenção na Recuperação Pós Parto, Fisioterapia Individual Variável e Sessões de Educação Saúde Comunidade: Fisioterapia no Domicilio/ECCI, Saúde Escolar e Sessões de Educação para Saúde
	Vila Real de Santo António	2	Ambulatório/Centro de Saúde: Intervenção na Preparação Nascimento, Intervenção na Recuperação Pós Parto, Intervenção na Incontinência Urinária, Intervenção Cantinho da Amamentação Massagem do Bebê/Infantil, Intervenção na IPI, Intervenção no GASMI e Fisioterapia Individual Variável. Comunidade: Fisioterapia no Domicilio/ECCI, Fisioterapia em Meio Aquático, Grupos de Movimento para Idosos
	Alcoutim	1	Ambulatório/Centro de Saúde: Grupos de Algias/Movimento, Grupos na Obesidade e Fisioterapia Individual Variável Comunidade: Fisioterapia no Domicilio/ECCI
	Total	22	

* Existem três fisioterapeutas, apenas dois participaram no estudo.

Todas as opções de atividade enumeradas no questionário foram selecionadas pelo menos por um dos fisioterapeutas. Dos 19 profissionais que intervêm no ambulatório/centro de saúde, as atividades com maior frequência são a “fisioterapia individual variável” (62,8%) e a “intervenção em grupo de algias/movimento” (36,4%). Como “outra” opção foi identificada a “intervenção no cantinho de amamentação” (Tabela 4.2).

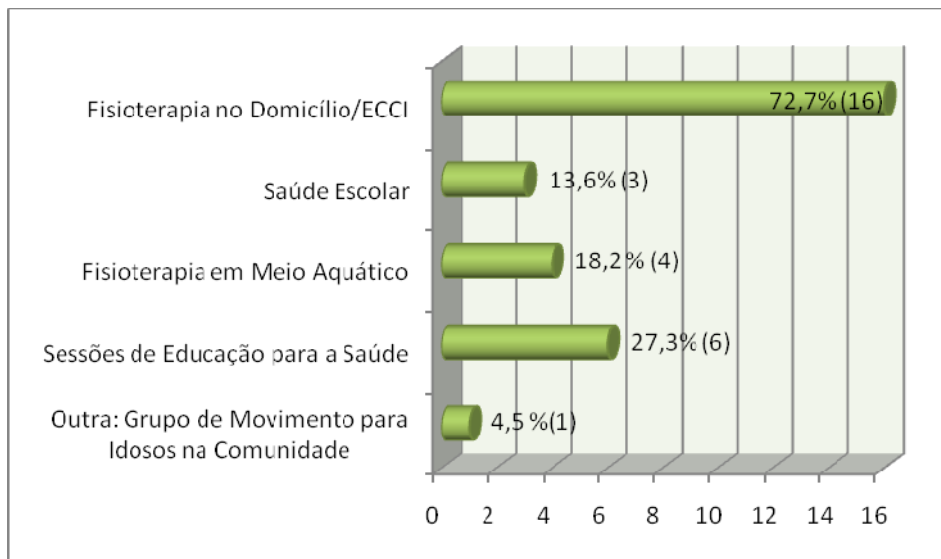
Tabela 4.2 – Distribuição dos fisioterapeutas pelas atividades em ambulatório

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Fisioterapia Individual Variável	15	68,2%
Intervenção em Grupo de Movimento/Algias	8	36,4%
Recuperação pós-parto (grupo e/ou individual)	6	27,3%
Preparação para Nascimento (grupo e/ou individual)	5	22,7%
Intervenção na Incontinência Urinária (grupo e/ou individual)	5	22,7%
Massagem do Bebê/Infantil (grupo e/ou individual)	5	22,7%
Intervenção Precoce Infantil (grupo e/ou individual)	5	22,7%
Intervenção no GASMI (grupo e/ou individual)	5	22,7%
Sessões de Educação para a Saúde	5	22,7%
Intervenção em Grupo na Obesidade	4	18,2%
Intervenção em Grupo na Diabetes	3	13,6%
Intervenção na Mastectomia (grupo e/ou individual)	3	13,6%
Outra: Intervenção no Cantinho da Amamentação	3	13,6%
Intervenção na Menopausa (grupo e/ou individual)	1	4,5%

(Fonte: Autor)

Relativamente às atividades na comunidade, destaca-se a “fisioterapia no domicílio/ECCI” (72,7%) (gráfico 4.2).

Gráfico 4.2 Distribuição dos fisioterapeutas pelas atividades na comunidade



(Fonte: Autor)

Relativamente a sessões de educação e promoção da saúde, 5 fisioterapeutas realizam esta atividade nos centros de saúde e 6 na comunidade. Considerando os 6 inquiridos que responderam à variável “temáticas das sessões de educação para a saúde”, foram descritos 7 temas (tabela 4.3)

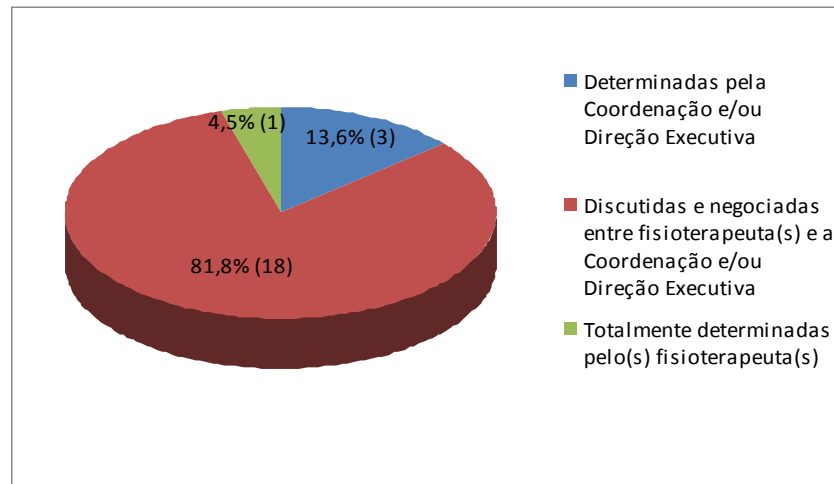
Tabela 4.3 Temáticas das Sessões de Educação e Promoção da Saúde

Sessão "Dia Comemorativo da Saúde", dirigido a toda a população.
Sessão sobre o "Envelhecimento Ativo", dirigido a utentes e cuidadores.
Sessões no âmbito do Projeto "+Viver, + Aprender" dirigida à população serrana do concelho.
Sessões sobre temáticas no âmbito da Saúde Materno-infantil.
Sessões sobre "AVC" e "Atividade Física e Saúde"
Sessões sobre a "Promoção da Autonomia – Juntos no Cuidar", dirigida aos cuidadores (ECCI)
Sessões sobre a ECCI

(Fonte: Autor)

Verifica-se, ainda, que 68% dos profissionais estão sob a coordenação da URAP, sendo que os restantes estão inseridos nas UCC. Para 82% dos respondentes, a definição de prioridades e atividades foram discutidas e negociadas com os seus coordenadores e/ou diretores executivos (gráfico 4.3).

Gráfico 4.3 – Responsabilidade na definição de prioridades e atividades dos fisioterapeutas

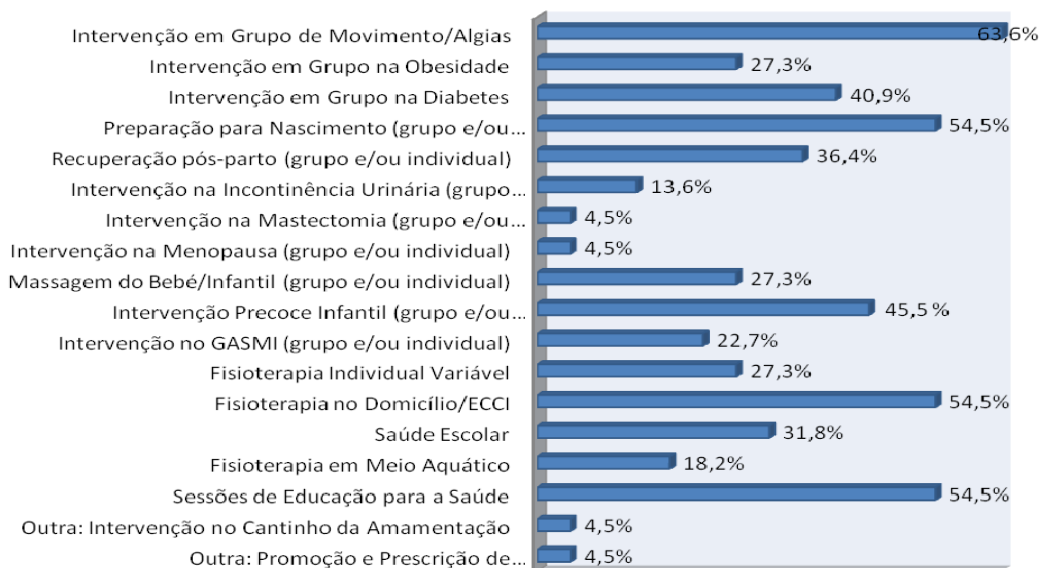


(Fonte: Autor)

Constata-se que 54,5 % (12) dos inquiridos defendem que a principal função do fisioterapeuta em particular nos CSP é a “Educação e Promoção da Saúde”, enquanto os restantes apontam, em igual número, a “Prevenção da Doença e Incapacidades” (22,7%) e a “Reabilitação e Tratamento” (22,7%).

Os fisioterapeutas identificaram, no seu ponto de vista, as atividades (no máximo cinco) que consideram prioritárias nos CSP. Destas, destacam-se: a “intervenção em grupo de algias/movimento” (63,6%), a “intervenção na preparação para o nascimento” (54,5%), a “fisioterapia no domicílio/ECCI” (54,5%) e as “sessões de educação e promoção da saúde” (54,5%) (gráfico 4.4).

Gráfico 4.4 – Distribuição das atividades apontadas como prioritárias pelos fisioterapeutas

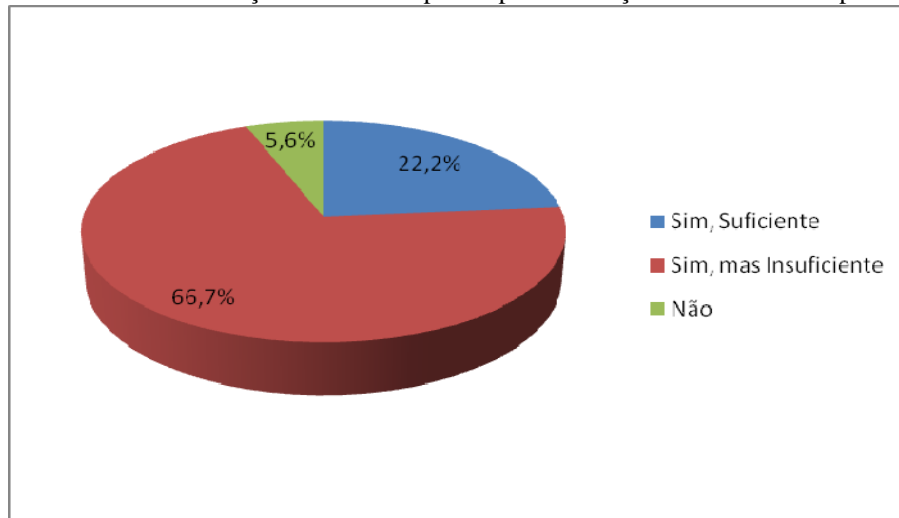


(Fonte: Autor)

4.1.3 Local e Condições de Trabalho dos Fisioterapeutas

Mais de metade dos fisioterapeutas (54,5%) assume ter instalações próprias e suficientes para intervenção, enquanto 27,3% entende que as instalações existentes são insuficientes. Só 4 dos profissionais (18,2%) afirmam não ter espaço para intervir (referentes aos centros de saúde de Lagoa, Faro e Olhão). Dos 18 técnicos com espaço disponível, observa-se que 66,7% refere ter material terapêutico, mas em condições insuficientes (gráfico 4.5).

Gráfico 4.5 – Distribuição dos fisioterapeutas pelas condições de material terapêutico



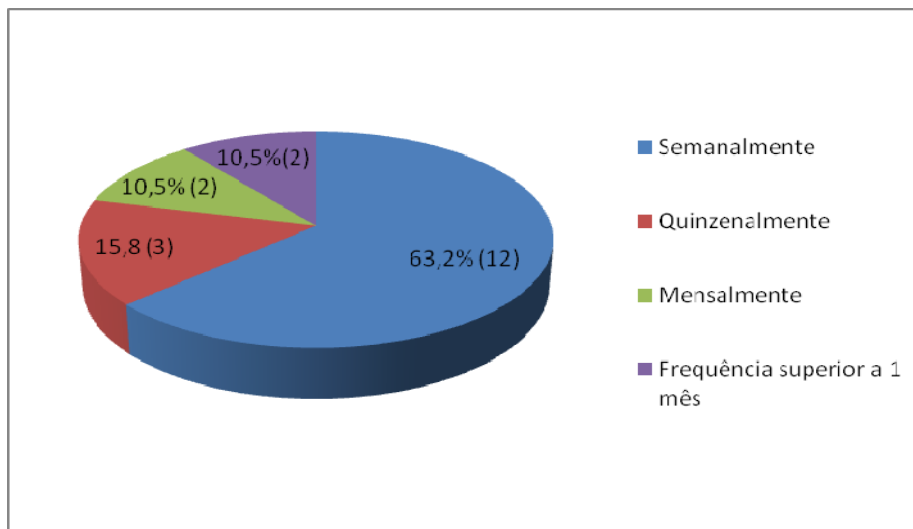
(Fonte: Autor)

Quase três quartos dos fisioterapeutas (72,7%) têm acesso à formação contínua e/ou de serviço do ACES e/ou da ARS do Algarve, embora em condições consideradas insuficientes para as suas necessidades de desenvolvimento profissional.

Mais de metade dos respondentes (59,1%) admite discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma classe, mas não de forma considerada suficiente. Apenas um indivíduo refere não ter este hábito.

Constatando-se que todos os fisioterapeutas estão integrados em equipas multidisciplinares, 16 dos profissionais (72,7%) assumem estar satisfeitos. Uma grande parte (86,4%) também participa de forma regular em reuniões de equipa. O gráfico 4.6 apresenta a distribuição da frequência das reuniões, para estes 19 profissionais.

Gráfico 4.6 – Distribuição dos fisioterapeutas pela frequência das reuniões de equipa



(Fonte: Autor)

4.1.4 Grau de Satisfação e Expetativas dos Fisioterapeutas

Em relação à satisfação, 55% dos fisioterapeutas (12) assumem estar muito satisfeitos e 36,4% (8) satisfeitos com a profissão. No que respeita à satisfação com a intervenção em CSP, 36,4% (8) dos inquiridos estão muito satisfeitos e metade (50%) satisfeitos, enquanto 2 estão nada ou pouco satisfeitos. Uma segura maioria (68%) está satisfeita com o local e condições de trabalho e apenas três nada ou pouco satisfeitos.

Relativamente às expetativas dos fisioterapeutas, 100% pronunciaram-se, face à profissão e ao trabalho e situação profissional atuais (Apêndice G). As respostas obtidas foram posteriormente categorizadas, em 5 e em 8 tipos, respetivamente, como mostra a tabela 4.4.

Tabela 4.4 – Distribuição dos fisioterapeutas pelos tipos de expetativas

Expetativas em relação à profissão	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Maior investimento em formação e investigação/ Reconhecimento da profissão/ Reestruturação da carreira/Criação de uma Ordem	10	45,5%
Poucas expetativas/ Expetativas negativas	6	27,3%
Não sabem	4	18,2%
Criação de um Plano Nacional de Intervenção em Reabilitação	1	4,5%
Continuar a ajudar os outros	1	4,5%
	22	100%
Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais		
Desenvolver competências e participar em novos projetos no âmbito da educação e promoção da saúde e prevenção da doença nos CSP	6	27,3%
Poucas expetativas/expetativas negativas	6	27,3%
Não sabem	3	13,6%
Corresponder às expetativas dos utentes/satisfação dos utentes	3	13,6%
Melhoria das condições de trabalho (instalações, material, formação) e evolução na carreira	2	9,1%
Continuar com os projetos e trabalho atuais	1	4,5%
Maior reconhecimento por outros profissionais	1	4,5%
	22	100%

(Fonte: Autor)

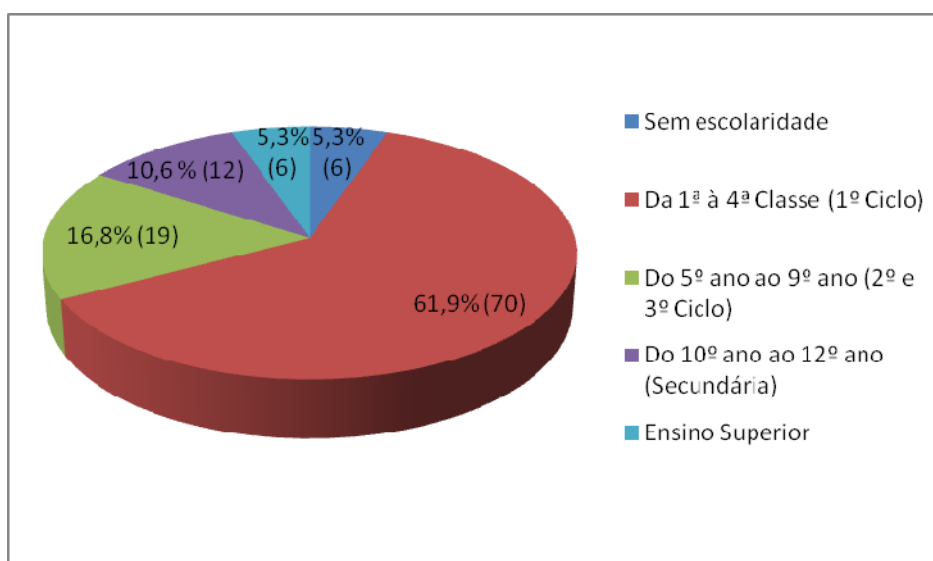
4.1.5 Caraterísticas Sociodemográficas dos Utentes de Fisioterapia

Dos 113 utentes inquiridos, 68,1% são do sexo feminino e 31,9% do sexo masculino. A média de idades é de 63 anos associada a um desvio padrão de 18,0 anos, variando entre os 8 e os 91 anos. Os utentes estão inscritos em 12 dos 16 centros de saúde do Algarve, não se tendo alcançado participantes de quatro centros de saúde do ACES Central (Loulé, Faro, Olhão e Albufeira).

A distribuição da variável “concelho de residência” é semelhante à distribuição da variável “centro de saúde inscrito”, excetuando-se dois casos. Estes são: um utente residente no concelho de Lagoa que realiza os tratamentos de fisioterapia no centro de saúde de Portimão; e outro utente residente no concelho de Castro Marim, mas inscrito no centro de saúde de Vila Real de Santo António.

Verifica-se que 67,3% dos inquiridos se encontram reformados, sendo a frequência complementar composta por 19 ocupações/profissões. No que concerne ao nível de escolaridade, a maioria (61,9%) tem a apenas o 1º ciclo do ensino primário (da 1ª à 4ª classe), conforme gráfico 4.7:

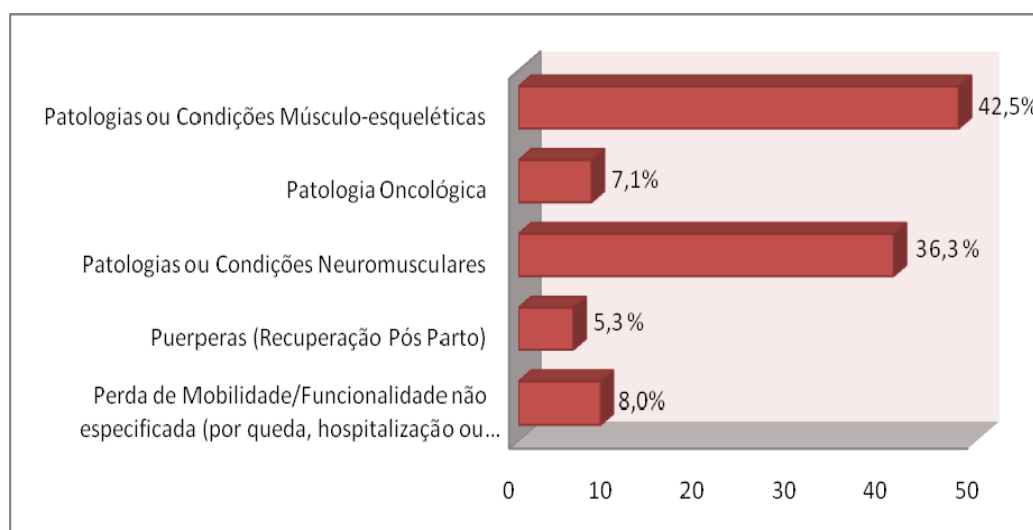
Gráfico 4.7 – Distribuição do nível de escolaridade dos utentes



(Fonte: Autor)

Das respostas dos utentes, foram identificadas 26 patologias ou condições de saúde que justificam a intervenção da fisioterapia, posteriormente categorizadas em 5 tipos (Apêndice H). Todos os casos inserem-se ao nível da reabilitação. Observa-se, também, que as patologias ou condições do foro musculoesquelético e neuromuscular são as mais prevalentes (gráfico 4.8). Relativamente à primeira, destacam-se as patologias da coluna vertebral/raquialgias e as osteoartroses/dores articulares. No que respeita às patologias neuromusculares, as sequelas de AVC é a condição mais frequente.

Gráfico 4.8 – Distribuição das patologias ou condições de saúde dos utentes



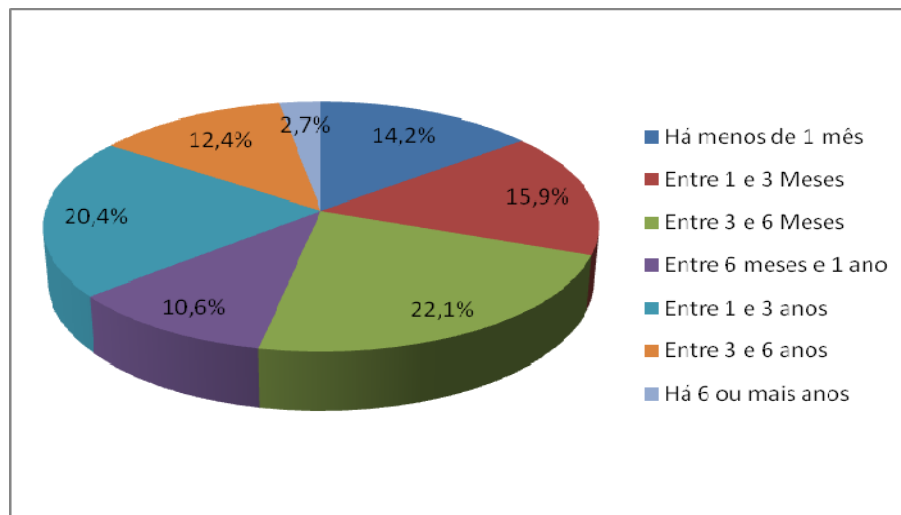
(Fonte: Autor)

4.1.6 Características dos Tratamentos e Intervenções de Fisioterapia

Mais de metade dos utentes (61,1%) tem a intervenção de fisioterapia no centro de saúde, enquanto 27,4% fazem o tratamento no seu domicílio e 11,5% nas piscinas municipais. Para 60,2% dos indivíduos, os tratamentos são individuais e 37,2% fazem fisioterapia em grupo. Apenas 2,7% (3) integram as duas modalidades.

Uma vez que se verificou uma grande amplitude (entre 1 semana e 9 anos) no tempo decorrido de fisioterapia, optou-se por classificar a variável ordinalmente, como apresenta o gráfico 4.9.

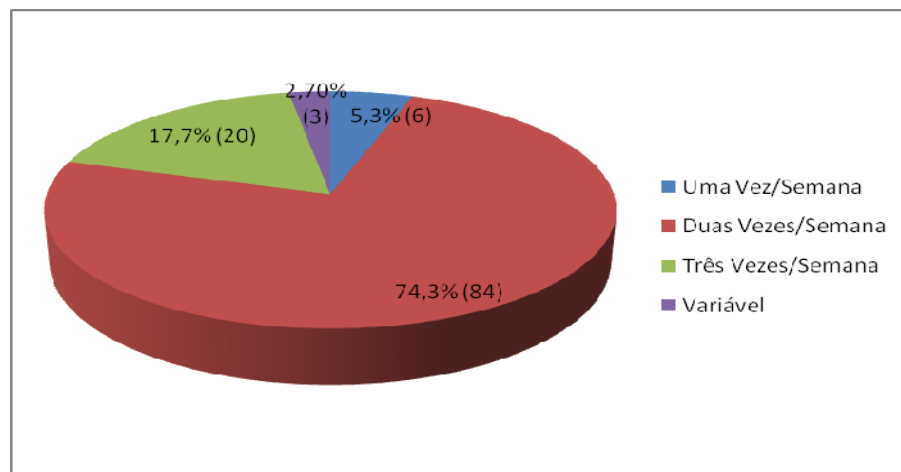
Gráfico 4.9 – Distribuição do tempo decorrido de fisioterapia



(Fonte: Autor)

Em relação à frequência das sessões, 74,3% dos utentes fazem tratamento duas vezes por semana (gráfico 4.10).

Gráfico 4.10 – Distribuição da frequência das sessões de fisioterapia



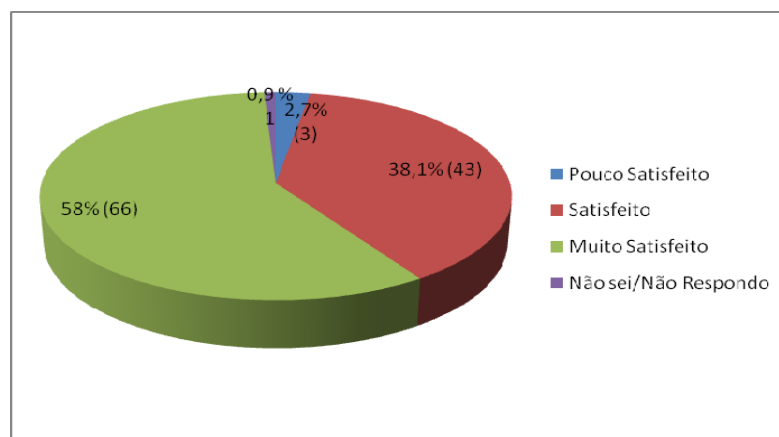
(Fonte: Autor)

A duração das sessões de fisioterapia, para os inquiridos, varia entre os 15 minutos e as 3h30m, sendo, em média, de 57 minutos (com um desvio padrão de 24,0 minutos). Observa-se que a moda do tempo por sessão é de 60 minutos.

4.1.7 Satisfação e Expetativas dos Utentes de Fisioterapia

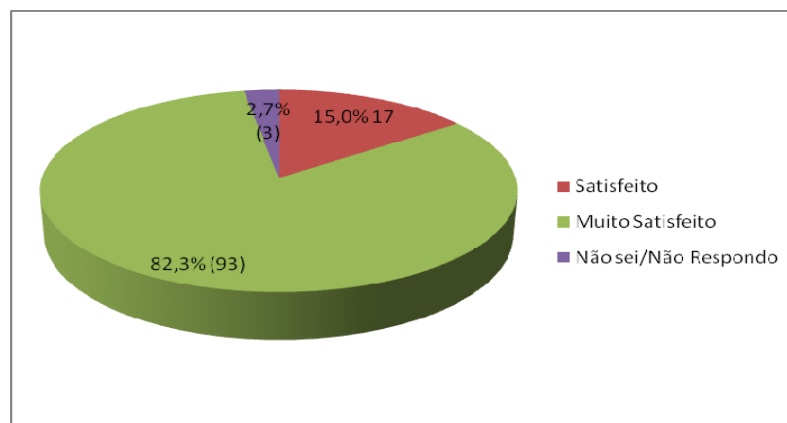
A maioria dos utentes está satisfeita ou muito satisfeita com os resultados da fisioterapia, com o próprio fisioterapeuta e, mesmo, com o centro de saúde. Os gráficos 4.11, 4.12 e 4.13 expressam as respetivas distribuições de resposta.

Gráfico 4.11 – Distribuição do grau de satisfação dos utentes com os resultados da fisioterapia



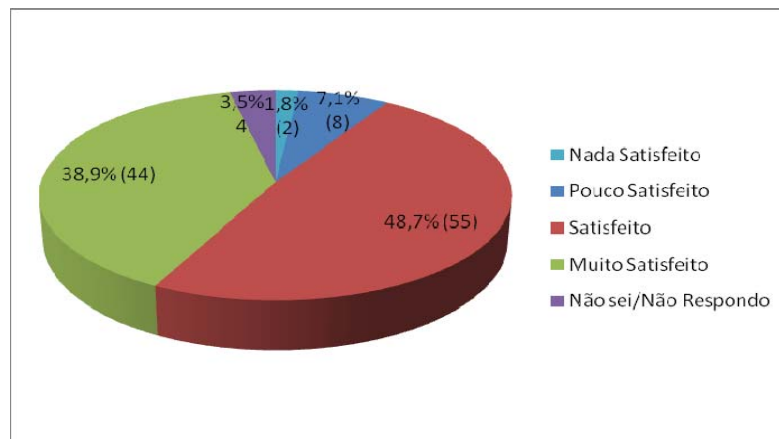
(Fonte: Autor)

Gráfico 4.12 – Distribuição do grau de satisfação dos utentes com o fisioterapeuta



(Fonte: Autor)

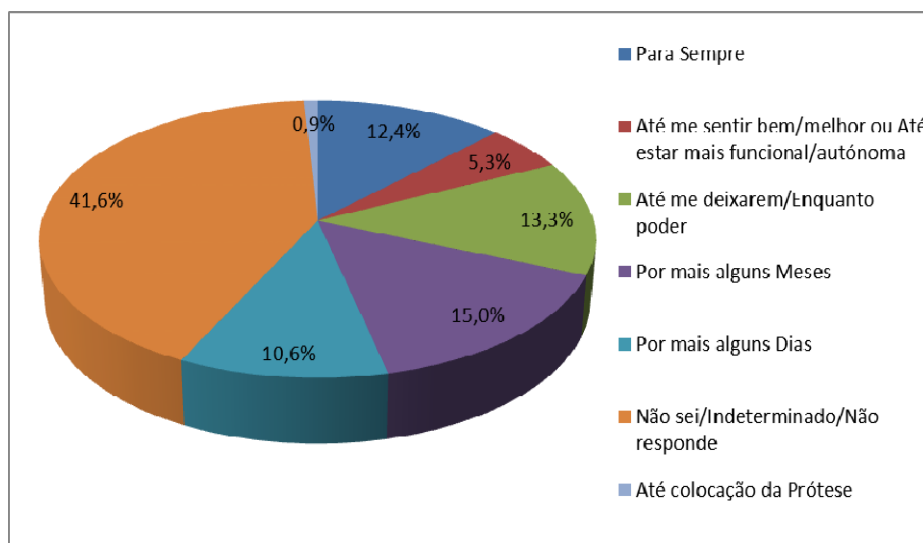
Gráfico 4.13 – Distribuição do grau de satisfação dos utentes com o centro de saúde



(Fonte: Autor)

É desconhecido o tempo previsto dos tratamentos por quase metade dos utentes (41,6%), como mostra o seguinte gráfico.

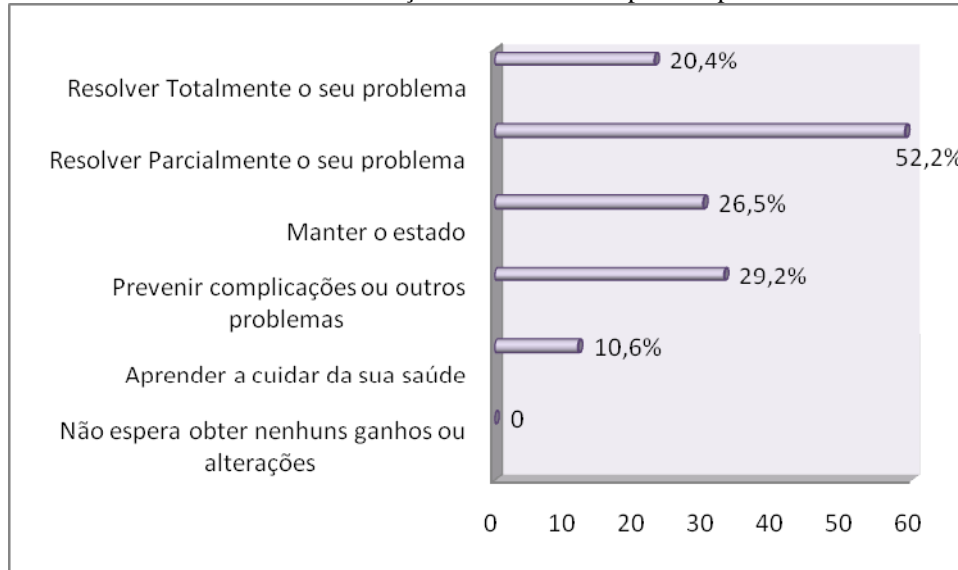
Gráfico 4.14 – Distribuição do tempo esperado pelos utentes para a continuação da fisioterapia



(Fonte: Autor)

Relativamente às expectativas dos utentes face aos resultados da fisioterapia, as opções mais frequentes são: “resolver parcialmente o meu problema” e “prevenir complicações ou problemas”, com, respetivamente, 52,2% e 29,2% das respostas. Nenhum utente escolheu a opção “não espero obter nenhuns ganhos ou alterações” (gráfico 4.15).

Gráfico 4.15 – Distribuição dos resultados esperados pelos utentes



(Fonte: Autor)

4.2 Análise Multivariada dos Dados: OVERALS

Com a aplicação do método OVERALS pretende-se cumprir dois objetivos principais: primeiro, determinar o grau de dependência entre os conjuntos escolhidos e, segundo, identificar as variáveis com maior relevância dentro de cada grupo. Para atingir o primeiro objetivo, é necessário fazer uma análise às funções ajustamento (*fit*) e perda (*loss*) e compará-las com o número de dimensões, de forma a avaliar a capacidade explicativa do modelo.

Para a análise da relevância das variáveis, procede-se à análise dos valores das funções pesos canónicos (*weight*), que representa a importância que cada variável tem no modelo, cargas canónicas (*component loadings*), que permite julgar a contribuição da variável real para a variável canónica, e ajustamento múltiplo (*multiple fit*), que permite avaliar o ajustamento conjunto.

Depois da definição dos grupos, o OVERALS permite obter informação detalhada acerca da estrutura dos dados, encontrar relações entre os conjuntos e, a partir daí, perceber quais as variáveis mais relevantes para a discriminação do comportamento, neste estudo, dos fisioterapeutas e dos utentes de fisioterapia. Através da construção de *clusters* hierárquicos, pelo método entre grupos com base na distância euclidiana ao quadrado, sobre a nova recodificação dos indivíduos pelo método OVERALS, é possível definir grupos diferenciados.

4.2.1 Perfis dos Fisioterapeutas

Conforme já foi referido, foram analisados cinco conjuntos de variáveis (*sets*) referentes aos fisioterapeutas, num total de 47. Na tabela 4.5 estão presentes os valores de referência para a determinação do grau de dependência entre os *sets* (Apêndice I).

Tabela 4.5 Sumário da análise OVERALS dos fisioterapeutas

		Dimensão		Soma
		1	2	
Perda	Set 1	0,056	0,023	0,078
	Set 2	0,058	0,026	0,084
	Set 3	0,113	0,096	0,208
	Set 4	0,198	0,195	0,393
	Set 5	0,134	0,353	0,487
	Média	0,112	0,138	0,250
Valor Próprio		0,888	0,862	
Ajustamento				1,750

(Fonte: Output do SPSS)

A análise OVERALS produziu duas relações canónicas, representadas pelas dimensões 1 e 2. Houve um ajustamento (*fit*) de 1,750, que resulta da soma dos valores próprios nas duas dimensões. Deste modo, constata-se para os cinco conjuntos de variáveis, uma perda média (*mean loss*) de 0,250 ($2 - 1,750 = 0,250$), sendo maior na 2ª dimensão. O somatório da perda média e de ajustamento é igual ao número de dimensões ($0,250 + 1,750 = 2$).

Ainda da informação obtida na tabela 4.5 e através da equação 1, é possível medir a quantidade total de informação, dos conjuntos de variáveis, retida por função canónica, isto é, por dimensão (variância total), assim:

$$\sigma^2_{\text{dimensão}} = \frac{\text{Valor Próprio}}{\text{Ajustamento}} \quad (1)$$

$$\sigma^2_1 = \frac{0,888}{1,750} = 0,507 \quad (2)$$

$$\sigma^2_2 = \frac{0,862}{1,750} = 0,493 \quad (3)$$

Assim, 50,7% da informação total contida nos cinco conjuntos de variáveis é explicada através da 1ª dimensão e a restante informação é explicada pela 2ª dimensão (49,3%). Também se pode medir a similitude entre os conjuntos de variáveis, através do cálculo do coeficiente de correlação canónica, recorrendo à fórmula de cálculo 4.

$$\rho_d = \frac{(K \times E_d) - 1}{K - 1} \quad (4)$$

Onde:

d indica a dimensão,

K o número de conjuntos de variáveis e

E_d o valor próprio (*eigenvalue*) por dimensão.

Também, atendendo à equação 5, obtém-se o cálculo das raízes canónicas, por dimensão, as quais descrevem a variância partilhada pelas combinações lineares dos conjuntos de variáveis:

$$\rho_d^2 = \sigma_d^2 \quad (5)$$

Assim, as correlações canónicas, por dimensão, traduzem a correlação máxima entre as variáveis por grupo, referente à correlação das variáveis entre os grupos. Constata-se:

$$\rho_1 = \frac{(5 \times 0,862 - 1)}{5 - 1} = 0,860 \quad (6)$$

$$\rho_2 = \frac{(5 \times 0,888 - 1)}{5 - 1} = 0,8275 \quad (7)$$

E, por sua vez, as respetivas raízes canónicas:

$$\rho_1^2 = 0,7396 \quad (9)$$

$$\rho_2^2 = 0,685 \quad (10)$$

Deste modo, pode afirmar-se que sob a 1ª dimensão há uma dependência significativa de 86% entre os cinco conjuntos de variáveis e uma dependência menor, de 82,8%, na 2ª dimensão. Por outro lado, comparando as variâncias partilhadas pelos dois conjuntos de variáveis, traduzidas mediante as raízes canónicas e a variância total anteriormente calculada, verifica-se, por dimensão, alguma perda de informação. Isto é, uma perda de 0,120 (0,86 – 0,7396) associada à 1ª dimensão e uma perda de 0,143 (0,8275 – 0,685) relacionada com a 2ª dimensão. Estas perdas refletem a variância que deve ser expurgada da análise.

O quadrado do coeficiente de correlação canónica (raiz) fornece uma estimativa da variância partilhada pelos conjuntos de variáveis, podendo conduzir a interpretações erradas. Os quadrados das correlações canónicas representam a variância partilhada pelas combinações lineares dos conjuntos de variáveis, e não a variância total extraída a partir dos conjuntos de variáveis. Desta forma, uma correlação canónica forte pode ser obtida entre várias combinações lineares, das quais não se podem extrair parcelas significativas da variância dos conjuntos de variáveis das combinações lineares a que pertencem. Neste sentido, apenas 74% (0,86-0,120) da informação total contida nos cinco conjuntos de variáveis é verdadeiramente explicada através da 1ª dimensão e 69,5% (0,8275-0,143) pela 2ª dimensão.

Para a análise da relevância das variáveis, analisaram-se os pesos canónicos (*weight*), as cargas canónicas (*component loadings*) e o ajustamento múltiplo (*multiple fit*) (Apêndice I). Devido ao número elevado de *sets*, e de variáveis por conjunto, o critério a utilizar consiste em selecionar as variáveis com valores, em módulo, superiores 0,4 na mesma dimensão, em cada função. Este método permite, não só perceber quais as variáveis relevantes, mas classificá-las em extremamente relevantes (se satisfizerem o critério definido para três funções), muito relevantes (para duas funções) e relevantes (para uma função).

No *set* 1 (atividades desenvolvidas), apesar existirem 15 variáveis consideradas muito relevantes (cumprem o critério em duas funções), não se extraiu nenhuma variável extremamente relevante. Do *set* 3 apenas se selecionou uma variável, enquanto os *sets* 2, 4 e 5 extraiu-se, de cada, duas variáveis. A tabela 4.6 apresenta as sete variáveis que cumpriram o critério na mesma dimensão (três na 1ª dimensão e quatro na

2ª dimensão) para as três funções sendo, por isso, consideradas extremamente relevantes para análise.

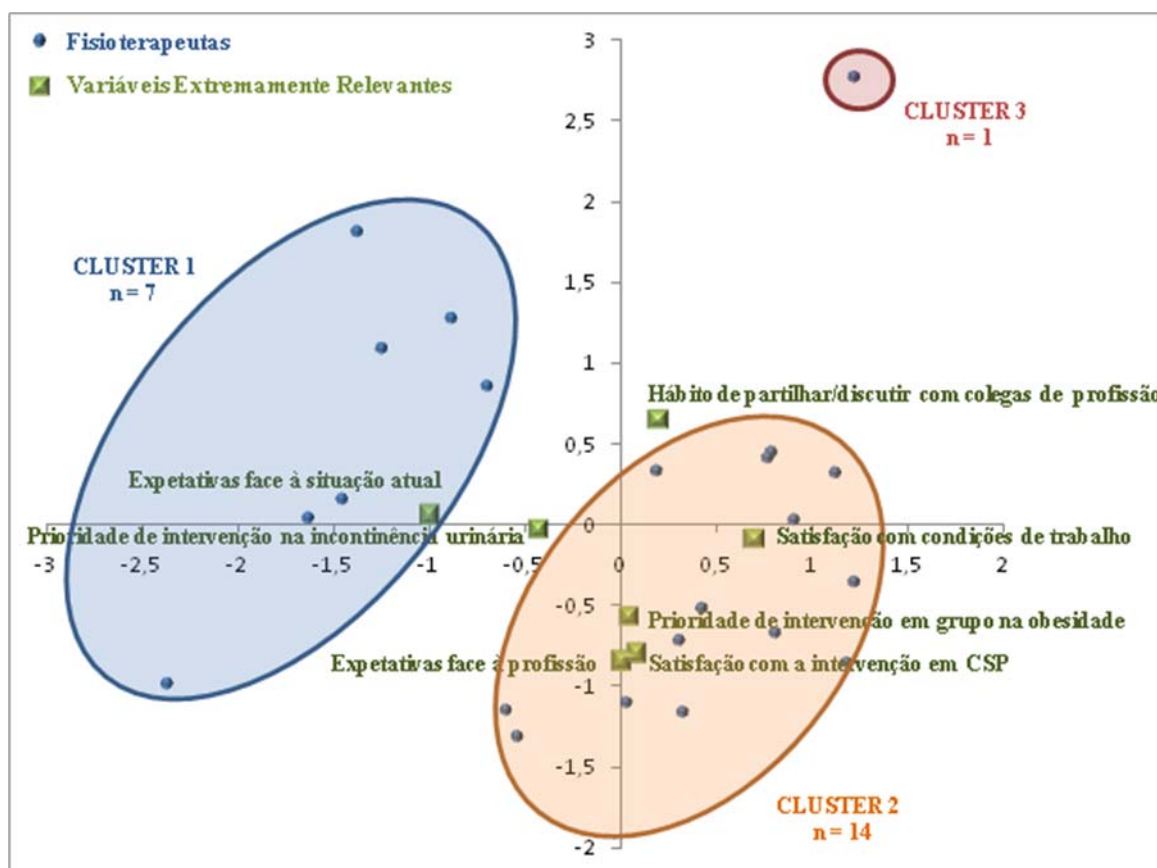
Tabela 4.6 – Variáveis extremamente relevantes para o perfil dos fisioterapeutas

		PESOS CANÓNICOS		CARGAS CANÓNICAS		AJUSTAMENTO MÚLTIPLO	
		Dimensão		Dimensão		Dimensão	
SET	VARIÁVEL	1	2	1	2	1	2
2	Prioridade de Intervenção em Grupo na Obesidade	0,286999	-0,87195	0,058408	-0,57405	0,082369	0,760294
	Prioridade de Intervenção na Incontinência Urinária	-1,19648	0,218503	-0,4123	-0,04223	1,431566	0,047743
3	Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas de profissão	0,122885	0,854956	0,208708	0,636374	0,016432	0,730978
4	Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários	-0,65605	-0,86608	0,095808	-0,79901	0,432251	0,75116
	Satisfação com o Local e Condições de Trabalho	1,124324	0,291594	0,703843	-0,09841	1,279365	0,110084
5	Expetativas em relação à profissão	0,029457	-0,84433	0,019501	-0,84377	0,003383	0,712889
	Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais	-0,98538	0,054635	-0,98513	0,047481	0,971125	0,054043

(Fonte: Output do SPSS)

Pretende-se agrupar fisioterapeutas homogéneos entre si e heterogéneos entre os grupos identificados, considerando as variáveis extremamente relevantes, isto é, as variáveis com maior poder discriminatório. A partir dos valores das cargas canónicas (*component loadings*) obtém-se os pontos de localização das variáveis no referencial cartesiano. Do mesmo modo, os *object scores* (Apêndice I) situam todos os indivíduos (os fisioterapeutas) nesse mesmo referencial, como representa o gráfico 4.16. Através dos métodos de classificação hierárquica pelo método entre grupos com base na distância euclidiana ao quadrado das duas dimensões canónicas, obtém-se o número de *clusters* e o número de indivíduos por *cluster* (Apêndice I). No gráfico 4.16 observa-se que existem três *clusters* de fisioterapeutas.

Gráfico 4.16 – Clusters de fisioterapeutas



(Fonte: Output do SPSS)

É possível caracterizar cada *cluster*, conhecendo os fisioterapeutas que compõem cada grupo e a distribuição das suas respostas para as variáveis em causa (tabela 4.7).

Tabela 4.7 – Características dos *clusters* de fisioterapeutas

<i>CLUSTER 1</i> (n = 7)	<i>CLUSTER 2</i> (n = 14)	<i>CLUSTER 3</i> (n = 1)
<ul style="list-style-type: none"> • Todos os indivíduos não consideram a incontinência urinária uma prioridade; • Essencialmente partilham e discutem com colegas de profissão, mas de forma insuficiente; • Essencialmente têm expetativas negativas em relação à situação atual; • Têm respostas diversas nas restantes variáveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituído pela maioria dos fisioterapeutas; • Essencialmente não consideram a intervenção na obesidade e incontinência urinária prioridades; • A maioria partilha ou discute suficientemente com colegas de profissão; • Todos estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o trabalho em CSP; essencialmente estão satisfeitos com as condições de trabalho; • Ou não têm expetativas face à situação atual definidas ou esperam continuar ou desenvolver novos projetos. Têm expetativas diversas em relação à profissão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas um fisioterapeuta; • Encontra-se “nada satisfeito” com o trabalho em CSP; • Tem respostas semelhantes aos outros grupos, nas restantes variáveis.

(Fonte: Autor)

4.2.2 Perfis dos Utentes de Fisioterapia

Para os dados recolhidos sobre os utentes de fisioterapia, criaram-se três conjuntos de variáveis para a análise OVERALS. Na tabela 4.8 encontram-se os valores que permitem determinar o grau de dependência entre os conjuntos de variáveis (Apêndice J).

Tabela 4.8 Sumário da análise OVERALS dos utentes

		Dimensão		Soma
		1	2	
Perda	Set 1	0,250	0,299	0,549
	Set 2	0,201	0,581	0,783
	Set 3	0,362	0,233	0,595
	Média	0,271	0,371	0,642
Valor Próprio		0,729	0,629	
Ajustamento				1,358

(Fonte: Output do SPSS)

Também, neste caso, a análise produziu duas relações canónicas, representadas pelas dimensões 1 e 2. Para os conjuntos de variáveis, ocorreu um ajustamento de 1,358 e uma perda média de 0,642 ($2 - 1,358 = 0,642$), sendo maior na 2ª dimensão.

Calculando a variância total por dimensão:

$$\sigma_1^2 = \frac{0,729}{1,358} = 0,537 \quad (11)$$

$$\sigma_2^2 = \frac{0,629}{1,358} = 0,463 \quad (12)$$

Assim, 53,7% da informação total contida *sets* é explicada através da 1ª dimensão e a restante informação é explicada pela 2ª dimensão (46,3%). Através do cálculo do coeficiente de correlação canónica para cada dimensão:

$$\rho_1 = \frac{(3 \times 0,629 - 1)}{3 - 1} = 0,594 \quad (13)$$

$$\rho_2 = \frac{(3 \times 0,729 - 1)}{3 - 1} = 0,444 \quad (14)$$

E as raízes canônicas correspondentes:

$$\rho_1^2 = 0,352 \quad (15)$$

$$\rho_2^2 = 0,197 \quad (16)$$

Embora relativamente inferior, também nesta análise se verifica que sob a 1ª dimensão há uma dependência de 59,4% entre os conjuntos de variáveis e uma dependência menor, de 44,4% na 2ª dimensão. A perda de informação é de 0,242 (0,594 – 0,352), associada à 1ª dimensão, e de 0,247 (0,444 – 0,197) na 2ª dimensão. Mais uma vez, estas perdas refletem a variância que deve ser corrigida na análise. Deste modo, apenas 35,2% (0,594-0,242) da informação total contida nos três conjuntos de variáveis é verdadeiramente explicada através da 1ª dimensão e 19,7% (0,444-0,247) da informação é explicada pela 2ª dimensão.

Mantendo o mesmo método e procedimentos, para a análise da relevância das variáveis analisaram-se as funções dos pesos canônicos (*weight*), cargas canônicas (*component loadings*) e o ajustamento múltiplo (*multiple Fit*), presentes nas tabelas 4.9, 4.10 e 4.11, respetivamente. Apesar de um número comparativamente inferior de *sets* e de variáveis, manteve-se o critério da análise anterior. Selecionou-se, portanto, as variáveis com valores, em módulo, superiores 0,4 na mesma dimensão e simultaneamente em cada função, ou seja, apenas as variáveis consideradas extremamente relevantes (assinaladas a verde).

Tabela 4.9 – Pesos canônicos

Set		Dimensão	
		1	2
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente	0,118	0-,737
	Local onde faz Fisioterapia	-0,002	-0,384
	Tipo de Fisioterapia	0,405	0,029
	Frequência das sessões de Fisioterapia	0,116	0,121
	Tempo de Fisioterapia	0,119	-0,162
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia	0,318	-0,251
	Satisfação com o Fisioterapeuta	-0,107	0,119
	Satisfação com o Centro de Saúde	-0,127	0,596
3	Tempo Esperado de Fisioterapia	-0,680	0,152
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema	-1,490	-0,164
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema	-1,550	0,084
	Resultados Esperados: C) Manter o estado	-1,349	0,223
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas	-0,091	-0,087
	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde	-0,552	-0,806

Tabela 4.10 – Cargas canônicas

Set		Dimensão	
		1	2
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente	0,180	-0,743
	Local onde faz Fisioterapia	-0,026	-0,258
	Tipo de Fisioterapia	0,387	0,062
	Frequência das sessões de Fisioterapia	0,102	-0,139
	Tempo de Fisioterapia	0,160	-0,391
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia	0,216	0,067
	Satisfação com o Fisioterapeuta	-0,019	0,227
	Satisfação com o Centro de Saúde	-0,022	0,526
3	Tempo Esperado de Fisioterapia	-0,472	0,367
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema	-,0424	-0,232
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema	-0,142	0,138
	Resultados Esperados: C) Manter o estado	-0,389	0,148
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas	-0,166	-0,401
	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde	-0,349	-0,860

(Fonte: Output do SPSS)

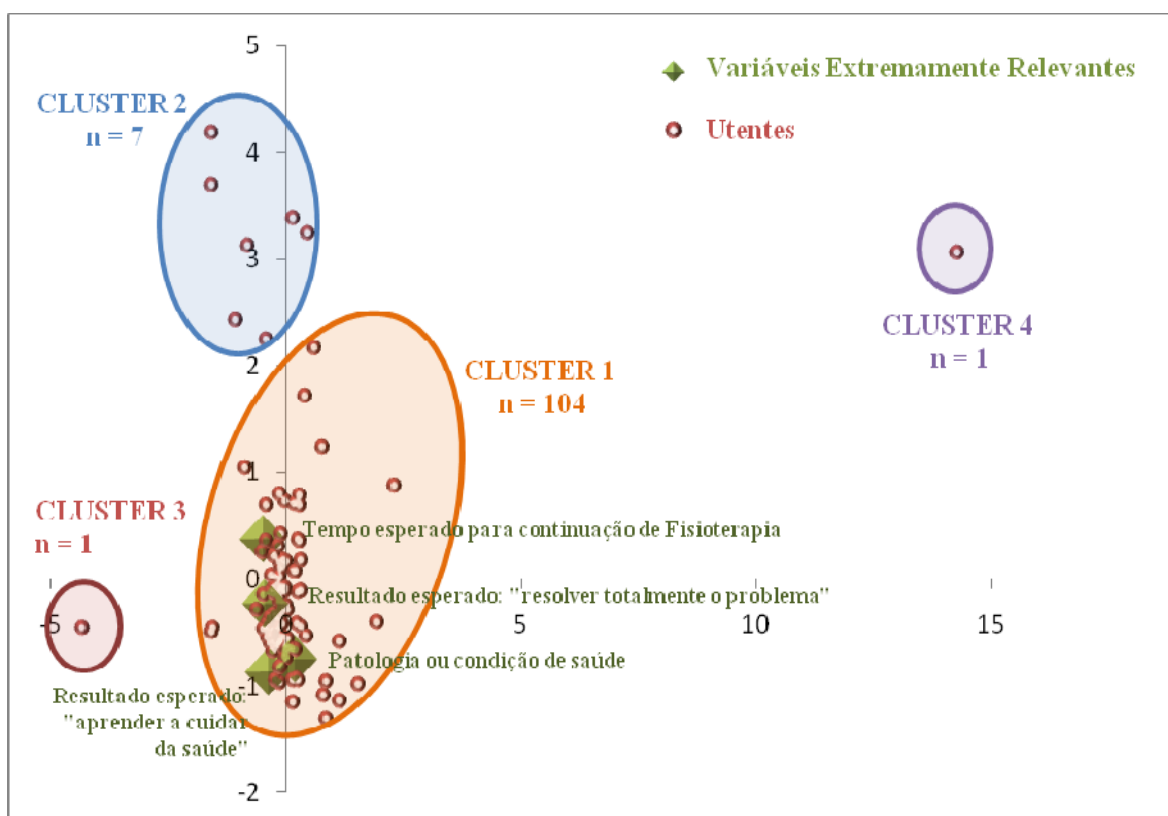
Tabela 4.11 – Ajustamento múltiplo

<i>Set</i>		Dimensão		Soma
		1	2	
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente	0,033	0,543	0,577
	Local onde faz Fisioterapia	0,000	0,148	0,148
	Tipo de Fisioterapia	0,164	0,001	0,165
	Frequência das sessões de Fisioterapia	0,014	0,015	0,029
	Tempo de Fisioterapia	0,019	0,044	0,062
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia	0,101	0,063	0,164
	Satisfação com o Fisioterapeuta	0,011	0,014	0,026
	Satisfação com o Centro de Saúde	0,035	0,364	0,399
3	Tempo Esperado de Fisioterapia	0,464	0,041	0,504
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema	2,219	0,027	2,246
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema	2,403	0,007	2,410
	Resultados Esperados: C) Manter o estado	1,819	0,050	1,869
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas	0,008	0,007	0,016
	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde	0,305	0,650	0,955

(Fonte: Output do SPSS)

Comparando as três tabelas anteriores, obtém-se quatro variáveis extremamente relevantes, uma do *set* 1 e três do *set* 3 (duas por cada dimensão), sendo estas que mais discriminam os utentes, uns em relação aos outros. Da mesma forma, localizou-se num referencial estas variáveis e os todos os indivíduos, respetivamente, através das cargas canónicas (*component loadings*) e do *object scores* das variáveis canónicas. Através da análise de *clusters* hierárquicos, pelo método entre grupos com base na distância euclidiana ao quadrado, das duas dimensões canónicas criam-se quatro grupos de utentes, com base nas referidas variáveis (gráfico 4.17).

Gráfico 4.17 – *Clusters* de utentes de fisioterapia



(Fonte: Output do SPSS)

A tabela 4.12 apresenta as principais características de cada *cluster*, com base nas respostas dos seus elementos:

Tabela 4.12 – Características dos *clusters* de utentes de fisioterapia

CLUSTER 1 (n = 104)	CLUSTER 2 (n = 7)	CLUSTER 3 (n = 1)	CLUSTER 4 (n = 1)
<ul style="list-style-type: none"> • Constituído pela quase totalidade dos utentes; • A maioria tem patologia musculoesquelética, neuromuscular ou oncológica; • A maioria ou não sabe ou espera continuar a fisioterapia por mais alguns dias ou meses; • Essencialmente, não esperam resolver totalmente o seu problema nem aprender a cuidar da sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • É constituído por todas as utentes puérperas e o único utente com amputação. • Essencialmente, ou não sabem ou esperam continuar a fisioterapia por mais alguns dias ou meses. • Essencialmente, não esperam resolver totalmente o seu problema mas esperam aprender a cuidar da sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas um utente; • Tem patologia musculoesquelética; • Espera continuar a fisioterapia para sempre. • Não espera resolver totalmente o seu problema nem aprender a cuidar da sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas um utente • Tem perda de mobilidade não especificada; • Espera continuar a fisioterapia até se sentir melhor ou estar mais funcional; • Espera simultaneamente resolver totalmente o seu problema e aprender a cuidar da sua saúde.

(Fonte: Autor)

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo da interpretação e análise dos resultados obtidos, responde-se assim aos objetivos inicialmente propostos no primeiro capítulo:

(1) Traçar características dos fisioterapeutas:

Da análise às características dos fisioterapeutas dos CSP do Algarve, constata-se que estamos perante um grupo de profissionais maioritariamente do sexo feminino e com grande amplitude e dispersão nas idades. Verifica-se que metade tem idade compreendida entre os 26 e os 35 anos e a outra metade mais de 35 até aos 57 anos. Neste sentido, justifica-se que pouco mais de metade dos fisioterapeutas se encontre na categoria mais baixa da carreira, enquanto 41% tenha atingido o terceiro ou quarto nível. Assim, também metade tem apenas o bacharelato, contemplado na antiga formação, enquanto a outra metade tem o grau de licenciatura ou mais. Está-se perante duas “gerações” de profissionais, cujas formações foram significativamente diferentes, conforme a evolução do ensino e da carreira de fisioterapeuta.

O tempo de profissão tem também, por isso, uma grande variação. Descritivamente, deduz-se que metade dos fisioterapeutas já tem uma substancial experiência profissional (mediada de 7,5 anos). Contudo a outra metade tem significativamente mais anos de profissão (entre os 7,5 e os 29 anos). Em relação ao tempo nos CSP, a distribuição do número de anos é aproximada à anterior, o que mostra que a generalidade dos profissionais em estudo desenvolveu a sua experiência, sobretudo, ao nível dos CSP. No tempo no centro de saúde atual, a dispersão é ainda maior, explicada por mudanças nos locais de trabalho, ocorridos no último ano no ACES do Barlavento.

A quase totalidade (92%) dos técnicos têm formação complementar, no âmbito dos CSP e/ou nas áreas de atividade em que desempenham funções. Por outro lado, uma grande parte tem acesso a formação contínua e/ou de serviço, contudo em condições consideradas insuficientes. Do mesmo modo, apontam a formação como um aspeto nas suas expectativas. Tudo isto sugere que a formação é uma reconhecida preocupação destes profissionais.

(2) Aferir áreas de intervenção da fisioterapia e atividades desenvolvidas e prioritárias:

Relativamente à distribuição de fisioterapeutas e das atividades por centro de saúde, é possível observar que os centros de saúde com dois ou três fisioterapeutas são os que, naturalmente, oferecem mais atividades à sua população, abrangendo muitas das principais áreas da fisioterapia. Por outro lado, todos os centros de saúde disponibilizam serviços, tanto em regime de ambulatório como na comunidade, o que está em consonância com as orientações da OMS (2008) e com a própria realidade de outros países, nomeadamente em Espanha (Pérez *et al*, 2011; Escales *et al*, 2011; McColl *et al* 2009; Lourido & Rocha, 2008)

A região do Algarve, de uma forma global, oferece um conjunto variado e abrangente de cuidados de fisioterapia. Dentro da região, no entanto, existem diferenças entre os vários centros de saúde/concelhos ou entre ACES, fenómeno que poderá ter implicações para a equidade e cobertura no acesso. A mesma preocupação se evidenciou no estudo de Lowe & Bithell (2000), todavia, são necessários outros estudos que analisem esta problemática.

A significativa maioria dos fisioterapeutas desenvolve as suas atividades, simultaneamente, em ambulatório/centro de saúde e na comunidade, sendo que em média despendem, aproximadamente, o mesmo tempo para cada área (em média 17 horas semanais). A fisioterapia individual e a intervenção em grupo de algias/movimento são as atividades mais frequentes, em contexto de centro de saúde, enquanto na comunidade destaca-se a fisioterapia no domicílio no âmbito da ECCI, à semelhança de outros estudos (Escales *et al*, 2011, Lourido & Gelabert, 2008, Lourido & Rocha, 2008; Seymour & Kerr, 1996). São reconhecidos os benefícios desta modalidade de intervenção para a funcionalidade e satisfação dos utentes (Escales *et al*, 2011). Metade dos respondentes também desenvolve atividades de educação e promoção da saúde, seja no centro de saúde, seja na comunidade, englobando diferentes temas e populações. As sessões de educação para a saúde são também apontadas como uma actividade prioritária por estes profissionais. No mesmo sentido, há uma perceção predominante que a principal função do fisioterapeuta nos CSP é a educação e promoção da saúde, abordagem defendida pela OMS (2008).

Não surpreende que, exceto a fisioterapia individual, as atividades desenvolvidas mais prevalentes são igualmente apontadas com prioritárias, juntamente com intervenção na preparação para o nascimento e as sessões de educação para a saúde. Isto corrobora a reconhecida responsabilidade e participação dos fisioterapeutas na definição das suas atividades e prioridades. Estas atividades têm enquadramento nos atuais programas de saúde da DGS (2012), dependendo dos casos clínicos abrangidos. Nomeadamente, áreas mais especializadas como a intervenção na obesidade, a diabetes, a saúde mental (GASMI), a preparação para o nascimento e a recuperação pós-parto (no contexto da saúde sexual e reprodutiva), definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde (2010; 2012), assumem significativa importância para estes profissionais. A intervenção precoce (IPI) e a saúde escolar, pelo seu cariz preventivo, também são significativamente entendidas como prioridades. Observa-se, contudo, que áreas como a prevenção e controlo do tabagismo e a infeção VIH/SIDA, não assumem qualquer referência por parte destes profissionais, apesar de esses serem programas prioritários do Ministério da Saúde (2012) e de já existirem evidências da pertinência da intervenção da fisioterapia (WCPT, 2012; Lopes, 2008; Balfour, 1993). O mesmo se entende relativamente às doenças respiratórias e a própria promoção e prescrição formal de exercício físico que, embora estejam contemplados nas atividades descritas, não assumem particular destaque neste estudo.

(3) Aferir as condições de trabalho, grau de satisfação e expetativas dos fisioterapeutas:

A quase totalidade dos centros de saúde possui instalações próprias e equipadas para intervenção da fisioterapia (como no estudos de Escales *et al*, 2011 e Seymour & Kerr, 1996), contudo, para a maioria dos inquiridos, o material é em condições insatisfatórias. Mais de metade admite discutir casos e/ou dúvidas com colegas de profissão, no entanto, de forma insuficiente, o que pode estar relacionado com o número significativo de centros de saúde com apenas um fisioterapeuta, o que, por sua vez, poderá contribuir para um maior “isolamento” na classe profissional. A mesma preocupação está refletida no estudo de Lowe & Bithell (2000). Verifica-se que todos os fisioterapeutas estão integrados em equipas multidisciplinares, para a maioria de forma satisfatória, participando regularmente em reuniões. O trabalho em equipa é defendido pela OMS (2008) como uma vantagem para os profissionais e para os utentes.

À semelhança de outras investigações (Escalaes *et al*, 2011; Seymour & Kerr, 1996), quase todos os fisioterapeutas estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a profissão, enquanto, no que respeita à intervenção em CSP e às condições de trabalho, mais de metade está simplesmente satisfeita. Apesar de uma percentagem significativa (27,3%) de indivíduos com expectativas negativas, das categorias de respostas obtidas face à profissão, destacam-se aspetos como o maior investimento em formação e investigação, o reconhecimento da profissão e a reestruturação da carreira. Face ao seu atual trabalho, uma parte significativa (27,3%) espera desenvolver ou participar em novos projetos, no âmbito da educação e promoção da saúde e prevenção da doença nos CSP. Estas respostas denotam que estes profissionais estão genericamente satisfeitos com o seu trabalho e esperam evoluções relativamente positivas na sua profissão, encontrando-se motivados para se envolver em novos projetos.

(4) Traçar perfis de fisioterapeutas:

Dos resultados de OVERALS dos fisioterapeutas, observa-se que as atividades desenvolvidas, as atividades entendidas como prioritárias, as condições de trabalho, a satisfação e as expectativas destes profissionais apresentam uma significativa dependência entre si. Concretamente, 74% da informação total contida nos cinco conjuntos de variáveis é verdadeiramente explicada através da 1ª dimensão e 69,5% pela 2ª dimensão.

A partir do método, extraiu-se sete variáveis consideradas extremamente relevantes, nomeadamente a “prioridade de intervenção em grupo na obesidade”, a “prioridade de intervenção na incontinência urinária”, o “hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas de profissão”, a “satisfação com intervenção em CSP”, a “satisfação com o local e condições de trabalho”, as “expectativas face à profissão” e as “expectativas face ao trabalho e situação profissional atuais”. Isto significa que, nestas respostas, alguns indivíduos se diferenciam da maioria, apresentando linhas de opinião, satisfação e expectativas divergentes. Com base nas variáveis selecionadas, identifica-se três diferentes grupos de fisioterapeutas. Um destes grupos (*cluster* 2) é composto por 14 dos profissionais que partilham respostas já referidas para a maioria dos indivíduos. O *cluster* 1 é composto por sete profissionais que se diferenciam por não considerar a incontinência urinária uma prioridade e por, essencialmente, terem expectativas negativas em relação à sua situação de trabalho atual.

No *cluster* 3 encontra-se apenas um fisioterapeuta que se destaca por se encontrar nada satisfeito com o trabalho em CSP. Apesar de serem pouco representativos isoladamente, os *clusters* 1 e 3 revelam comportamentos distintos que determinam, de forma relevante, os resultados obtidos. Isto é particularmente importante, considerando o número reduzido de fisioterapeutas em estudo.

(5) Traçar características dos utentes de fisioterapia:

Considerando as características da amostra de utentes de fisioterapia, constata-se que são maioritariamente do sexo feminino, idosos (média de 63 anos) e reformados (67,3%). Neste sentido, também a maioria tem apenas 1º ciclo do ensino primário (da 1ª à 4ª classe). As patologias ou condições de saúde crónicas e/ou permanentes são as mais frequentes, em particular as do foro musculoesquelético (42,5%) e neuromuscular (36,3%), o que seria expetável neste nível de cuidados. Resultados semelhantes se observaram nos estudos de Escales *et al*, 2011 e Seymour & Kerr, 1996.

(6) Traçar características dos tratamentos de fisioterapia:

Para mais de metade dos indivíduos, a intervenção de fisioterapia ocorre no centro de saúde (61,1%) e é individual (60,2%) e bissemanal (74,3%), tendo, em média, 57 minutos de duração, por sessão. Contudo, verifica-se uma grande dispersão e amplitude no tempo por sessão, o que pode estar relacionada com a maior ou menor complexidade dos casos. Quase metade dos utentes faziam fisioterapia há pelo menos um mês até um ano. Contudo, também se observa uma grande amplitude na distribuição do tempo decorrido de fisioterapia, variando entre sete dias e os nove anos, para esta amostra. Isto pode indicar que os cuidados de fisioterapia nos CSP atuam em fases iniciais da reabilitação até às fases de manutenção. No entanto, são necessários mais estudos que avaliem o comportamento da duração das sessões e tempo decorrido de fisioterapia que contribuam para a definição de indicadores que melhor reflitam a realidade e o contexto dos tratamentos desenvolvidos.

(7) Aferir os graus de satisfação e expetativas dos utentes de fisioterapia:

A maioria dos utentes está satisfeita ou muito satisfeita com os resultados da fisioterapia, com o fisioterapeuta e com o centro de saúde. Embora não se possa excluir eventuais condicionalismos nas respostas obtidas, destaca-se que a quase totalidade

(82,3%) dos utentes estão muito satisfeitos com o seu fisioterapeuta. Quase metade dos utentes (41,6%) não tem uma expectativa definida, desconhecendo por quanto tempo continuará a fazer fisioterapia, o que pode ser um reflexo de indefinições na gestão e nos critérios de alta dos cuidados de fisioterapia. No que concerne aos resultados, observa-se que a maior parte dos utentes espera “resolver parcialmente o meu problema” (52,2%) e “prevenir complicações ou problemas” (29,2%). Este facto sugere que os utentes têm genericamente expectativas positivas em relação à fisioterapia, mas estão conscientes das limitações no grau de recuperação que podem obter, valorizando a prevenção como um objetivo da intervenção.

(8) Traçar perfis dos utentes de fisioterapia:

Seguindo o mesmo método (OVERALS) e procedimentos, procurou-se definir a relação entre as características do tratamento, a patologia dos utentes, a satisfação e expectativas face à fisioterapia. Embora inferior, constata-se uma correlação entre estes três conjuntos de variáveis, observando-se que 35,2% da informação total é verdadeiramente explicada através da 1ª dimensão e 19,7% pela 2ª dimensão.

Neste caso, consideram-se quatro variáveis extremamente relevantes, designadamente a “patologia ou condição de saúde do utente”, “o tempo esperado de continuação da fisioterapia” e os resultados esperados “resolver totalmente o seu problema” e “aprender a cuidar da sua saúde”. Isto significa que para estes parâmetros existem grupos de indivíduos que se distinguem dos outros. Em relação a estas variáveis, existem quatro grupos diferenciados de utentes. O primeiro destes (*cluster 1*) é constituído pela maioria dos indivíduos (n= 104) que partilham um conjunto de respostas semelhantes. O segundo grupo (*cluster 2*) é composto pelas seis puérperas existentes na amostra e pelo único utente com amputação dos membros inferiores, destacando-se, por isso, pela sua condição de saúde. No *cluster 3* encontra-se apenas um utente que espera continuar a fisioterapia para sempre mas, simultaneamente, não espera resolver totalmente o seu problema, nem aprender a cuidar da sua saúde. De forma oposta, o *cluster 4*, também com apenas um indivíduo, espera resolver totalmente o seu problema e aprender a cuidar da sua saúde. Embora se verifique uma grande homogeneidade na amostra, estes três últimos grupos referidos, apesar de pequenos e pouco representativos, determinam resultados discriminados entre os indivíduos.

5. CONCLUSÕES

Ao longo deste trabalho foram referidos os pressupostos e as vantagens apontadas aos CSP (Biscaia *et al*, 2008), bem como o *lugar* que a fisioterapia ocupa neste nível de cuidados. Da discussão dos resultados obtidos, conclui-se que os objetivos propostos foram atingidos, tendo-se recolhido, analisado e discutido dados, relativamente ao estado e a realidade dos fisioterapeutas e a organização da intervenção da fisioterapia nos CSP, na região do Algarve. Deste modo, se responde sumariamente a questão de partida – ***“Como se caracteriza e organiza a Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve, na perspetiva dos fisioterapeutas e dos seus utentes?”***:

A população de fisioterapeutas que intervém nos centros de saúde é um grupo relativamente heterogéneo na idade, tempo de profissão, tempo nos CSP e tempo no centro de saúde atual. Existem duas “gerações” de profissionais com experiência e percursos profissionais e formativos distintos, o que justifica as diferenças na categoria profissional e no grau académico. Este grupo profissional também é relativamente heterogéneo nas suas opiniões, níveis de satisfação e expectativas face à profissão e atual situação de trabalho, embora genericamente se observem elevados níveis de satisfação com a profissão, com a intervenção em CSP e com as condições de trabalho, sendo que uma significativa percentagem espera evoluções positivas na profissão e encontram-se motivados para se envolver em novos projetos. Entende-se que esta diversidade deve ser encarada como uma oportunidade de partilha de experiência e de conhecimento, de forma melhorar o desempenho e o desenvolvimento da fisioterapia nos CSP.

A amostra de utentes da fisioterapia revelou mais homogeneidade no sexo, idade, estado ocupacional e nível de escolaridade, sugestiva de uma população tipicamente feminina, envelhecida e não ativa. Por isto, as patologias crónicas e/ou permanentes são as condições de saúde mais frequentes, em particular as sequelas de AVC, as patologias da coluna vertebral e a osteoartrose, conforme o conjeturado nos CSP, sendo, por isso, desejável atividades e projetos especificamente dirigidos a este tipo de população. Essencialmente, os utentes estão satisfeitos ou muito satisfeitos, em particular, com o fisioterapeuta mas também com os resultados da fisioterapia e com o centro de saúde. Esperam resolver parcialmente o meu problema e prevenir complicações ou problemas,

denotando o conhecimento das limitações da reabilitação e o papel atribuído à prevenção.

A fisioterapia no CSP do Algarve fornece um conjunto variado de serviços, abrangendo as principais áreas e atividades de intervenção, tanto em regime de ambulatório como na comunidade, à semelhança da realidade de outros estudos (Pérez *et al*, 2011; Escales *et al*, 2011; McColl *et al* 2009; Lourido & Rocha, 2008). A quase totalidade dos centros de saúde possui instalações equipadas para intervenção terapêutica, sendo que fisioterapia individual e a intervenção em grupo de algias/movimento são as atividades mais frequentes. Na comunidade destaca-se a fisioterapia no domicílio, inserida ao nível dos cuidados continuados, sob as diretivas e recursos da RNCCI, existindo já estudos que sustentam as vantagens deste tipo de intervenção (Lourido & Gelabert, 2008). Contudo, existem diferenças entre os vários centros de saúde, sendo, por isso, necessários novos estudos que avaliem a equidade e cobertura no acesso a estes cuidados. Sugerem-se também investigações que sustentem a criação de critérios de admissão (objetivos e quantificáveis) e de circuitos de referenciação que promovam uma maior articulação com outros níveis de cuidados e com o próprio setor privado.

As atuais atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas são também apontadas como prioritárias por estes profissionais, juntamente com as ações de educação para a saúde, enquadrando-se em alguns dos programas prioritários do Ministério da Saúde (2012). A educação e promoção da saúde é, amplamente, reconhecida como a principal função e atividade do fisioterapeuta nos CSP e todos os técnicos em estudo estão integrados em equipas multidisciplinares, em consonância com as orientações da OMS (2008). No entanto, ao nível da fisioterapia existem áreas mais negligenciadas, como a prevenção e controlo do tabagismo, a infeção VIH/SIDA e, em parte, as doenças respiratórias e a promoção de exercício físico.

Globalmente, as intervenções da fisioterapia são regulares, de longa duração e, para a maioria da amostra, ocorrem nos centros de saúde. Contudo, verifica-se que existe uma grande dispersão e amplitude no tempo por sessão, sendo necessários mais estudos que afirmem, por exemplo, a sua relação com a complexidade dos casos clínicos e nível de funcionalidade dos utentes, assim como com a distribuição do tempo decorrido de fisioterapia. Julga-se que estes novos estudos serão importantes na própria

estruturação de indicadores de desempenho da fisioterapia, quer de produção quer de resultado. Do mesmo modo, para uma grande parte dos utentes, não existe um tempo definido para a continuação da fisioterapia, sendo pertinente avaliar os procedimentos e os critérios de alta adotados para os cuidados de fisioterapia.

Através do método de OVERALS e *clusters* hierárquicos, é possível concluir que existem, dos parâmetros avaliados, variáveis dependentes entre si, tanto nos fisioterapeutas como nos utentes, e que algumas são extremamente relevantes para a diferenciação das respostas obtidas. Tendo em conta que as conclusões se baseiam nas perspetivas destes indivíduos, torna-se importante conhecer os grupos que se afastam dos comportamentos e/ou opiniões da maioria, com efeito nos resultados obtidos. Concretamente, observam-se três grupos distintos de fisioterapeutas, enquanto existem quatro grupos diferenciados utentes, sobretudo relativamente à satisfação e às expectativas.

Este estudo permitiu, em suma, conhecer as principais características e aspetos da organização da fisioterapia nos centros de saúde do Algarve, que se julga pertinente para a otimização recursos e gestão destes profissionais. Conclui-se que, de uma forma geral, a fisioterapia, nesta área, intervém à luz da evidência científica existente e em conformidade com as orientações emanadas pelas entidades responsáveis de saúde, como a DGS e a OMS para este nível de cuidados, tendo-se, porém, identificado alguns pontos de melhoramento e a necessidade de novos estudos. Entende-se que a informação recolhida e analisada pode sustentar a criação de modelo de atuação dos fisioterapeutas nos CSP e a construção de documentos uniformizadores, aplicáveis pelos órgãos de gestão, em toda a região.

Anexo A – Autorização da ARS do Algarve, I.P.



27 07 12 010354

Exm^a. Senhora
Paula Alexandra T. Mendes Batista
Urb. dos Alporchinhos
Villas Amorosa, nº 26B – Porches
8400-450 Lagoa

Sua Referência

Seu Fax

Nossa Referência
071/12 D.S.P.P.
26-07-2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionários para o estudo **“Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve”**.

Serve o presente para informar que atendendo ao parecer favorável da Comissão de Ética, foi autorizado a colheita de dados para o estudo em referência, desde que não prejudique o funcionamento dos serviços.

Solicita-se no entanto, que obtenha autorização prévia do(s) respetivo(s) Diretor(es) Executivo(s) do(s) ACeS e o envio de um exemplar da dissertação à Comissão de Ética (preferencialmente em suporte digital).

Com os melhores cumprimentos,

Dr.^a Ana Costa
Vogal do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P

Anexo B – Autorização do ACES Algarve I – Central

Pedido de autorização para aplicação de questionário

Natália Correia

Enviado: quinta-feira, 27 de Setembro de 2012 11:57

Para: Paula Batista

Cc: Manuela Fernandes; José C. Queimado; Paulo Fernandes; Fátima Cabrita; Emiliania Martins; Cidália Palma; Filomena Maurício; Elsa Maia

Cara Terapeuta Paula Alexandra Batista

Em resposta ao solicitado informamos que o seu pedido de aplicação de questionários está autorizado nos Centros de Saúde do ACES Central. Solicito que esta aplicação não acarrete acréscimo de trabalho para os profissionais/Fisioterapeutas dos Centros de Saúde.

Votos de bom trabalho

Natalia Correia

Presidente do Conselho Clínico

Aces Central - ARS do Algarve, IP

CENTRO DE SAÚDE DE LOULÉ

Av.Laginha Serafim
8100-242 Loulé
Tel: +351289401000 / Fax: +351289401005

Antes de imprimir este mail pense bem se tem mesmo de o fazer.

Proteja o Ambiente

Anexo C – Autorização do ACES Algarve II – Barlavento

FW: Pedido de autorização para aplicação de questionários para o estudo "Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve" no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Al

Rosa Gonçalves

Enviado: quinta-feira, 23 de Agosto de 2012 15:29
Para: Paula Batista
Cc: Paulo David; Carlos Filipe; Enfermeira Chefe Lagos; ACES Barlavento
Importância: Alta
Anexos: Proposta_Investigação_ARSA~1.pdf (149 KB) ; Questionário_Utentes.pdf (35 KB) ; questionário_fisioterapeutas.xps (228 KB) ; Ofício_autorização.pdf (760 KB)

À Profissional
Paula Batista

Venho por este meio informar que quaisquer estudos a realizar neste ACES, por profissionais de saúde no âmbito de especialidades, mestrados ou doutoramentos, apenas são autorizados, caso sejam realizados pelo próprio e com recursos do próprio e não envolvendo dispêndio de tempo algum ou esforço de trabalho dos profissionais de saúde.

Assim os questionários de autopreenchimento para os utentes não podem ser distribuídos pelos fisioterapeutas aos utentes, nem os ajudam no seu preenchimento. Devem ser entregues e recebidos pelo próprio interessado.

A amostra não é recrutada e dirigida por conveniência dos profissionais de fisioterapia. A amostra será escolhida em loco pela pessoa que realiza o estudo.

Nestas condições o estudo é autorizado neste ACES, embora que o que se está a estudar, pelo que li do inquérito realizado aos utentes, não é o impacto da Fisioterapia nos CPS, mas sim quais são as expectativas dos utentes e a sua satisfação em relação aos nossos serviços de reabilitação.

Seria importante estudar esse impacto, comparando a satisfação e sucesso, relativo aos utentes que fazem tratamento em fisioterapias convencionadas e nos nossos serviços pois tal, comprovando como penso, que a nossa qualidade é muito elevada, poderia ajudar a um maior investimento por parte da ARS e MS, nos serviços de reabilitação dos CS.

A articulação deve ser realizada com o Coordenador da URAP, Fisioterapeuta Paulo David que discutirá quaisquer questões com o Conselho Clínico deste ACES e dará instruções aos Fisioterapeutas deste ACES.

Com os melhores cumprimentos

Rosa Gonçalves
Directora Executiva
ACES Algarve II - Barlavento

Anexo D – Autorização do ACES Algarve III – Sotavento

RE: Pedido de autorização para aplicação de questionários para o estudo "Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve" no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Al

Manuel Janeiro

Enviado: quinta-feira, 16 de Agosto de 2012 16:47

Para: Paula Batista

Cc: Maria Natália Perestrelo

Exm^a Senhora Paula Alexandra T. Mendes Batista

Respondendo à sua mensagem de correio electrónico em que solicitava autorização para aplicação do questionário efectuado no âmbito do seu mestrado na Faculdade de Economia do Algarve "Organização e impacto da fisioterapia nos CSP do Algarve", informo-a que foi autorizado aplicar-se neste Agrupamento de Centros de Saúde desde que não interfira com a prestação de cuidados ficando, por isso, dependente da disponibilidade das nossas fisioterapeutas.

Com os nossos melhores cumprimentos

Manuel Janeiro

Director Executivo

ACES Algarve III - Sotavento

De: Paula Batista

Enviado: quinta-feira, 2 de Agosto de 2012 9:08

Para: ACES Sotavento; Manuel Janeiro

Cc: ecastela@ualg.pt

Assunto: FW: Pedido de autorização para aplicação de questionários para o estudo "Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve" no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Al

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACES Barlavento (2012) *Plano de Desempenho do ACES do Barlavento*, Portimão, ACES Barlavento.

ACSS/ Administração Central dos Sistemas de Saúde (2012) *Cuidados de Saúde Primários Metodologias de Contratualização*, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/> e acedido a 16 de outubro de 2012.

Amado, C. Santos, S. (2009) Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres, *Health Policy*, 9 (1), 43-56.

APF/Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2009) *Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas nos Cuidados Continuados*, Domingos de Rana, APF.

ARSA/Administração Regional de Saúde do Algarve (2011) *Estatística de Fisioterapia*, Faro, ARSA, I.P.

ARSA/Administração Regional de Saúde do Algarve (2012a) *Plano de Atividades 2012*, Faro, ARSA, I.P. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/site/index.php> e acedido a 16 de outubro de 2012.

ARSA/Administração Regional de Saúde do Algarve (2012b) *Apresentação dos recursos de saúde no Algarve* (Online), Faro, ARSA, I.P. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt> e acedido a 16 de outubro de 2012.

Balfour, C. (1993) Physiotherapists and Smoking Cessation, *Physiotherapy*, 49, 247-250

Baraño, A. (2004) *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão*, Lisboa, Edições Sílabo.

Bártolo, M. (2009) *Fisioterapia e Reabilitação em Portugal: O Financiamento como Fator Crítico do Desempenho*, Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4295/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Margarida%20B%C3%A1rtolo.pdf> e acedido a 10 de outubro de 2012.

Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., Ferrinho, P. (2008) *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*, Lisboa, Padrões Culturais Editora.

Branco, A. e Ramos, V. (2001) Cuidados de Saúde Primários em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.

Carapineiro, G. (2001) Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais, *Etnografia*, 2, 235-258.

Carrol, J. (1968) *Generalization of canonical correlation analysis to three or more sets of variables*, Proceedings of the 76th Annual Convention of the American Psychological Association, 227-228.

CECSP/Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (2010) *Investigação em serviços de saúde. Cuidados de saúde primários 2011-2015*, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=123> e acedido a 16 de outubro de 2012.

CECSP/Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (2011) *Governança Clínica e de Saúde em Cuidados de Saúde Primários O que é? Para que serve? Como fazer?*, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/governacao_clinica_e_de_saude_em_csp_2011.05.25.pdf e acedido a 9 de março de 2012.

Costa, F. (2005) Efetividade e Eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso, *Administração de Serviços de Saúde*, 5,47-57.

Coutinho, M. (2003) *Atitudes dos fisioterapeutas face aos padrões de prática em fisioterapia*, Dissertação de Provas Públicas para a Categoria de Professor-coordenador não publicada, Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, 6-29.

Cuadras, C. (1991) *Métodos de Análisis Multivariante*, Barcelona, PPU.

David, P. (2009) *Regulação da Intervenção dos Fisioterapeutas e terapeutas Ocupacionais da URAP do ACES Barlavento*, Portimão, ACES Barlavento.

DGS/Direção-Geral De Saúde (2004a) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume I- Prioridades*, Lisboa, Ministério da Saúde.

DGS/Direção-Geral De Saúde (2004b) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume II- Orientações Estratégicas*, Lisboa, Ministério da Saúde.

DGS/Direção-Geral De Saúde (2011a) *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares Recursos e Produção Do SNS 2009*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/> e acedido a 24 de outubro de 2012.

DGS/Direção-Geral De Saúde (2011b) *Acidente Vascular cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*, Norma da DGS N°054/2011 de 27/12/2011.

DGS/Direção-Geral De Saúde (2012) *Programas de Saúde Prioritários e Outros Programas e Projetos* (Online), Lisboa, Direção-Geral da Saúde. 2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/> e acedido a 24 de outubro de 2012.

ERS/Entidade Reguladora da Saúde (2008) *Caraterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*, Porto, ERS. Disponível em http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/96/MFR-Relatoriofinal.pdf e acedido a 21 de novembro de 2012.

ERS/Entidade Reguladora da Saúde (2011) *Estudo Sobre a Organização e Desempenho das Unidades Locais de Saúde: Relatório Preliminar I*, Porto, ERS. Disponível em http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/39/ULS_11.pdf e acedido a 21 de novembro de 2012.

Escales, P., Vilar J., e Camacho, C. (2011) La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia (Abstract), *Fisioterapia*, 33 (4), 166-172. Disponível em <http://www.sciencedirect.com> e acedido a 6 de março de 2012.

ESTESL/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (2012) *Licenciatura de Fisioterapia* (online), Lisboa, ESTESL. Disponível em <http://www.estesl.ipl.pt/ensino/licenciaturas/fisioterapia> e acedido a 16 de outubro de 2012.

Ferreira, A. (2011) *Contributo da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários*, Trabalho não publicado (Online), Monte da Caparica, Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Disponível em <http://www.scribd.com/doc/92995265/Fisioterapia-Em-Csp-Final> e acedido a 16 de outubro de 2012.

Foddy, W. (2002) *Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevista e Questionários*, Oeiras, Celta Editora.

Gifi, A. (1981) *Nonlinear Multivariate Analysis, Technical report*, Department of Data Theory, University of Leiden.

Gil, J. (1990). *Licenciatura em Fisioterapia – Introdução à Profissão*. Apontamentos da disciplina não publicados, Coimbra, Escola Superior de Tecnologias da Saúde.

Giraldes, M. (1990) The equity and efficiency principle in the financing system of the NHS in Portugal, *Health Policy*, 14 (1), 13-28.

GTDCSP/Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012). *Reagrupamento dos centros de saúde. Aspetos e princípios a ter em conta. Documento de trabalho*, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46> e acedido a 6 de março de 2012.

Guerra, I. (2008) Papel dos Fisioterapeutas nos Cuidados de Saúde Primários e Continuados, *Fisio Boletim Informativo*, 2, 4-5.

Guerra, I. (2010) *Declaração de Contributo para o Plano Nacional de Saúde da APF Carta à Alta Comissária para a Saúde*, Domingos de Rana, APF. Disponível em <http://www.apfisisio.pt/Ficheiros/PNS.pdf> e acedido a 8 de março de 2012.

Holdsworth, L., Webster, V. (2004) Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future, *Physiotherapy*, 90, 64-72.

Kringos, D., Boerma, W. Bourgueil, Y., Cartier, T. Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M. Pavlic, D. Svab, I., Tedeschi, P. Wilson, A., Windak, A., Dedeu, T., Wilm, S. (2010) The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators, *BMC Family Practice*, 11, 81.

Lira, S. (2004) *Análise de Correlação: Abordagem Teórica e de Construção dos Coeficientes com Aplicações*, Dissertação de Mestrado em Ciências, Universidade Federal do Paraná.

Liria, R., Góngora, D., Matamoros, D., Coutinho, M., Miranda, A., Brito, A. (2009) Los servicios de fisioterapia domiciliaria en el sistema sanitario público de la Península Ibérica (Abstract), *Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología*, 12(1), 46-57. Disponível em <http://www.sciencedirect.com> e acedido a 6 de março de 2012

Liria, R., Góngora, D., Matamoros, D., López, C., Fernández, P., Cortés, M., Ortega, F. (2010) Análisis de la actividad en las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia en atención primaria (Abstract), *Atención Primaria*, 42, 278-283. Disponível em <http://www.sciencedirect.com> e acedido a 6 de março de 2012.

Lopes, A., (2008) Projeto de saúde pública, de apoio aos ex-fumadores e aos fumadores que pretendem deixar esse hábito!, *Fisio Boletim Informativo*, 1, 8

Lourido, B., Gelabert, S. (2008) La perspectiva comunitaria en la fisioterapia domiciliaria: una revisión (Abstract), *Fisioterapia*, 30, 231-237. Disponível em <http://www.sciencedirect.com> e acedido a 6 de março de 2012.

Lourido, B., Rocha, V. (2008) Fisioterapia comunitaria: el camino desde la conceptualización a la intervención con la comunidad (Abstract), *Fisioterapia*, 30, 244-250. Disponível em <http://www.sciencedirect.com> e acedido a 6 de março de 2012.

Lowe, C. Bithell, C. (2000) Musculoskeletal Physiotherapy in Primary Care Sites, *Physiotherapy*, 86, 479-485.

Lucas, R. (2005) Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna, *Conhecimento Interativo*, 1, 89-97.

Ludvigsson, M., Enthoven, P. (2012) Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care, *Physiotherapy*, 98, 131–137.

MacLeod, M., Thomson, H., Upton, C., Scott, R., Chesson, R. (2002) Seamless Care in Physiotherapy: Does it exist at the interface of primary and secondary care? *Physiotherapy*, 88, 677-686.

Maroco, J. (2009), *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa. Edições Sílabo.

McColl, M., Shortt, S., Godwin, M., Smith, K., Rowe, K., O'Brien, P., Donnelly, C. (2009) Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study, *Arch Phys Med Rehabil*, 90, 1523-1531.

MCSP/Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007) *Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários – Carteira de Serviços*, Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.slideshare.net/uccarcozelo/cuidados-continuados-nos-csp-carteira-de-servicos> e acedido a 27 de outubro de 2012.

MCSP/Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2012), *ACES Documentos* (Online), Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=180> e acedido a 27 de outubro de 2012.

Ministério da Saúde (1999) Decreto-lei n. ° 564/99 de 21 de dezembro de 1999, Diário da República, 1.ª Serie -A – N.º 295.

Ministério da Saúde (2002) Aviso n.º 9448/2002 de 29 de agosto de 2002, Diário da República, II Série – N.º119.

Ministério da Saúde (2007a) Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de janeiro, Diário da República, 1.ª série – N.º16.

Ministério da Saúde (2007b) Decreto-lei n.º 298/2007 de 22 de agosto de 2007, Diário da República, 1.ª Serie – N.º 161.

Ministério da Saúde (2008) Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008, Diário da República, 1.ª Serie – N.º 38.

Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2012) Despacho n.º 404 /2012 de 3 de janeiro de 2012.

Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006a) Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho, Diário da República, 1.ªSérie-A – N.º 109.

Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006b) Despacho n.º 17 516/2006 de 29 de agosto, Diário da República, Serie II – N.º166.

Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde (2010) *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir – Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf> e acedido a 6 de março de 2012.

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Santa Casa de Misericórdia de Lisboa (2012) Aviso n.º 10409/2012 de 2 de agosto de 2012, Diário da República, 2.ª série – N.º 149.

OMS/Organização Mundial de Saúde (1978) *Declaração de Alma-ata Saúde para Todos no Ano 2000*, Cazaquistão, Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, OMS. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaoaude/Dec_Alma-Ata.htm e acedido a 8 de março de 2012.

OMS/Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde (2008) *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais que Nunca*, Lisboa, OMS.

Pérez, C. (2004) *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos: Aplicaciones con SPSS.*, Madrid, Ed. Pearson Prentice Hall.

Pérez, F., Medina, S., Moreno, S. (2011) Modelos de rehabilitación en atención primaria y comunitaria. Revisión bibliográfica (Abstract), *Rehabilitación*, 45, 8-13. Disponível em <http://www.sciencedirect.com> e acedido a 6 de março de 2012

Pestana, M., Gageiro, J. (2003) *Análise de dados para ciências sociais: complementaridade do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.

Pestana, M., Gageiro, J. (2009) *Análise Categórica, Árvores de decisão e Análise de Conteúdo*, Lisboa, LIDEL.

Pisco, L. (2007) *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*, Cadernos de Economia, 60-66.

Portal da Saúde (2012) *A Saúde em Portugal* (Online), Lisboa, Ministério da Saúde. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal> e acedido a 28 de Novembro de 2012.

Presidência do Conselho de Ministros (2005) Resolução do Conselho de Ministros n.º157/2005 de 12 de outubro de 2005, Diário da República, I Série B – N.º 196.

Presidência do Conselho de Ministros (2006) Resolução de Conselho de Ministros n.º 168/2006 de 18 de dezembro, Diário da República, 1.ª Série – N.º241.

Reis, E. (2001) *Estatística Multivariada Aplicada* (2ª edição), Lisboa, Edições Sílabo.

Servicio Andaluz de Salud (2003) *Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria: Guia de procedimientos*, Sevilha, Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.

Seymour, J. Kerr, K. (1996) Community Based Physiotherapy in the Trent Region: A Survey. *Physiotherapy*, 82, 514-520.

Teixeira, L. (2012) *A Reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.

Van der Burg, E. (1988) *Nonlinear canonical correlation and some related techniques*, Leiden, DSWO Press.

Van der Burg, E., De Leeuw, J., & Verdegaal, R. (1988) Homogeneity analysis with k sets of variables: an alternating least squares method with optimal scaling features, *Psychometrika*, 53, 177–197.

Vital, E., Teixeira, J. (2012) Cuidados de saúde primários: regras do jogo, *Saúde e Tecnologia*, 7, 9-17.

WCPT (2012) *Physical therapy, HIV and AIDS - resources and links*, London (Online), WCPT. Disponível em <http://www.wcpt.org/node/33479#hiv> e acedido a 13 de novembro de 2012.

WCPT/ World Confederation for Physical Therapy (2011) *Description of physical therapy*, London (Online), WCPT. Disponível em <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT> e acedido a 13 de novembro de 2012.

WCPT/ World Confederation for Physical Therapy, Bury, T. (2003) *Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for physical therapy based on a survey of WCPT's Member Organisations and a literature review*, London, WCPT. Disponível em http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Report-CBR_PHC_Briefing_paper.pdf e acedido a 29 de outubro de 2012.

Webster, V., Holdsworth, L., McFadyen, A. Little, H. (2008) Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial, *Physiotherapy*, 94, 141–149

WHO/World Health Organization (2012) *Classifications: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva, WHO. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icf/en/> e acedido a 16 de outubro de 2012.

WHO/World Health Organization Rehabilitation (2009), *Rehabilitation*, Geneva, WHO. Disponível em <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> e acedido a 16 de outubro de 2012.

WHO/World Health Organization, Alto Comissariado da Saúde (2010a) *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Disponível em <http://pns.dgs.pt/?cpp=1> e acedido a 16 de outubro de 2012.

WHO/World Health Organization, Alto Comissariado da Saúde (2010b) *Portugal Health System Performance Assessment*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Disponível em <http://pns.dgs.pt/?cpp=1> e acedido a 16 de outubro de 2012.

WHO/World Health Organization (2010c) *Community-based rehabilitation: CBR guidelines* (Online), Geneva, WHO. Disponível em <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html> e acedido a 28 de novembro de 2012.

Yazici, A., Ögus, E., Ankarali, H., & Gurbuz, F. (2010). An application of nonlinear canonical correlation analysis on medical data. *Tubitak*, 40 (3), 503-510.

APÊNDICES

Apêndice A – Cronograma

Apêndice B – Requerimento de Autorização à ARS do Algarve, I.P.

Apêndice C – Questionário dos Fisioterapeutas

Apêndice D – Termo de Consentimento Informado dos Fisioterapeutas

Apêndice E – Questionário dos Utentes

Apêndice F – Termo de Consentimento Informado dos Utentes

Apêndice G – Estatística Descritiva dos Fisioterapeutas – Outputs do SPSS

Apêndice H – Estatística Descritiva dos Utentes – Outputs do SPSS

Apêndice I – Estatística Multivariada dos Fisioterapeutas – Outputs do SPSS

Apêndice J – Estatística Multivariada dos Utentes – Outputs do SPSS

Apêndice A – Cronograma

	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.
Pesquisa Bibliográfica	■	■									
Elaboração de Proposta de Tese		■									
Elaboração do Questionário			■								
Construção do questionário			■	■							
Pesquisa Bibliográfica				■	■	■	■	■	■	■	■
Autorização à ARSA e Comissão Ética					■	■	■	■	■	■	■
Autorização dos ACES							■	■	■	■	■
Contactos com População						■	■	■	■	■	■
Aplicação dos Questionários						■	■	■	■	■	■
Recolha e introdução dos dados									■	■	■
Tratamento dos dados									■	■	■
Análise de dados obtidos										■	■
Discussão dos resultados obtidos										■	■
Redação das conclusões											■
Revisão											■
Entrega											■

Apêndice B – Requerimento de Autorização à ARS do Algarve, I.P.

Paula Alexandra Teixeira Mendes Batista

Urb. Dos Alporchinhos, Villas Amorosa, Nº 26 B – Porches

8400-450 – Lagoa

pbatista@acesbarlavento.min-saude.pt

batistapaula85@gmail.com

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Directivo
da Administração Regional de Saúde,
Dr. Martins dos Santos

ASSUNTO: Requerimento de autorização para aplicação de questionários para o estudo “Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve” no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA, portadora do Cartão do Cidadão nº12806829, Técnica de Diagnóstico e Terapêutica de 2ª classe – Fisioterapeuta, do ACES Algarve II – Barlavento, a exercer funções no Centro de Saúde de Lagoa, com o número mecanográfico 63320, e aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, com o nº43588, vem por este meio requerer a Vossa Exa. a autorização para aplicação de questionários, aos fisioterapeutas a exercer funções nos Centros de Saúde nos três ACES da ARS Algarve e utentes destes serviços de Fisioterapia, no âmbito do trabalho de investigação “*Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve*”, conducente à dissertação de mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Eugénia Castela, docente da referida faculdade.

O referido estudo tem como objectivo conhecer o estado e a realidade dos fisioterapeutas e o impacto da intervenção da fisioterapia no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários na região do Algarve, de forma a produzir informação pertinente à gestão deste recurso humano e ao seu enquadramento na política de saúde dos Cuidados de Saúde Primários. Entende-se que este projecto é pertinente e poderá constituir uma base importante à construção de documentos normativos e uniformizadores da intervenção da Fisioterapia nos CSP. O estudo consistirá na aplicação de um

questionário online aos fisioterapeutas a exercer funções nos Centros de Saúde da ARS Algarve e um questionário presencial (através dos referidos profissionais) aos utentes dos seus respectivos serviços de fisioterapia.

Acompanha o presente requerimento os seguintes documentos, conforme exigido no documento de “Instrução de Processo para Autorização de Uma Investigação” pela Comissão de Ética para a Saúde (CES):

- Proposta de Investigação (ponto 1)
- Currículos de Vitae da investigadora e orientadoras
- Questionário para aplicação aos Fisioterapeutas (ponto 2)
- Questionário para aplicação aos Utentes (ponto 2)
- Modelo de Consentimento Informado para Fisioterapeutas Participantes (ponto3)
- Modelo de Consentimento Informado para Utentes Participantes (ponto3)
- Declaração de Compromisso da Investigadora (pontos 10 e 11)
- Declaração de Compromisso das Orientadoras (pontos 4 e 7)
- Modelo de Declaração dos Profissionais de Saúde para Referenciação de Utentes (ponto 5)

Considerando ainda o referido documento de instrução da CES, relativamente aos pontos 6 (*Identificação do “Elo de Ligação”*), ponto 7 (*Declaração do Director de Serviço*) declara-se não existir aplicabilidade uma vez que se trata da aplicação de questionários de auto-preenchimento, sem envolver, de forma directa, pessoas ou profissionais exteriores à instituição ou recursos logísticos ou humanos que comprometam o normal funcionamento dos seus serviços. Em relação ao ponto 9 (*Cópia da Notificação à Comissão Nacional de Protecção de Dados -CNPD*) entende-se que a natureza dos dados recolhidos, e por não se tratar de um estudo de coorte, não exigem notificação à CNPD.

Comprometo-me, mais uma vez, a cumprir todos os requisitos éticos a que um trabalho desta natureza obriga, bem como a disponibilizar um relatório com as conclusões extraídas do estudo.

Mais informo que, fico disponível para qualquer esclarecimento adicional, e a aguardar a Vossa melhor e célere resposta.

Grata desde já pela atenção, envio os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Lagoa, 03 de Julho de 2012

Paula Alexandra T. M. Batista

Apêndice C – Questionário dos Fisioterapeutas

Questionário aos Fisioterapeutas: Organização e Impacto da Fisioterapia nos Cuidados d

No âmbito da dissertação de uma Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, pretende-se realizar um estudo que permita aferir a ORGANIZAÇÃO E IMPACTO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO ALGARVE. Trata-se de um estudo científico e os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao tratamento estatístico, sendo garantida a sua total confidencialidade e anonimato. Solicita-se que leia atentamente as questões e que responda com sinceridade e de forma sucinta e objectiva.

I - Caracterização Individual

1.1 Sexo *

Escolha o seu sexo.

- Masculino
 Feminino

1.2 Idade *

Digite a sua idade em anos.

1.3 Concelho de Residência *

Escolha o concelho onde reside.

1.4 Centro de Saúde onde exerce funções *

Escolha o centro de saúde onde exerce funções

1.5 Categoria Profissional *

Escolha a sua categoria profissional

1.6 Habilitações Literárias *

Escolha o seu grau académico

- Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

1.7 Tempo na Profissão *

Digite o número de anos que exerce a profissão de fisioterapeuta

1.8 Tempo nos Cuidados de Saúde Primários *

Digite o número de anos que exerce a actividade nos Cuidados de Saúde Primários

1.9 Tempo no Centro de Saúde Actual *

Digite o tempo (em meses ou anos, conforme o caso) que exerce a actividade no centro de saúde actual

1.10 Tem formação complementar em Cuidados de Saúde Primários e/ou em áreas de intervenção e actividades desempenhadas nesse âmbito? *

Responda se tem ou não formação complementar de carácter geral em Cuidados de Saúde Primários e/ou específica em áreas de intervenção e actividades desempenhadas nesse âmbito

- Sim
 Não

II - Actividade Profissional

Dados relativos as actividades que desempenha no contexto de Cuidados de Saúde Primários

2.1 Unidade Funcional de Coordenação *

Escolha a unidade responsável pela coordenação da sua actividade.

- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)
 Other:

2.2 Áreas de Intervenção e Actividades que desempenha *

Escolha as áreas/actividades que desempenha

- Intervenção em Ambulatório/Centro de Saúde (actividades desempenhadas nas instalações do centro de saúde)
 Intervenção na Comunidade (actividades desempenhadas em entidades da comunidade, fora das instalações do centro de saúde, sejam escolas, domicilios, etc)

2.2.1 Áreas de Intervenção e Actividades que desempenha em Ambulatório/Centro de Saúde

Se faz intervenção em ambulatório, escolha as áreas/ actividades que desempenha

- a) Intervenção em Grupo de Movimento/Algias
 b) Intervenção em Grupo na Obesidade
 c) Intervenção em Grupo na Diabetes
 d) Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)
 e) Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)
 f) Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)
 g) Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)
 h) Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)
 i) Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)
 j) Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)
 k) Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)
 l) Intervenção Individual (variável, por outras causas ou indicações que não se inclua nas opções anteriores)

m) Sessões de Educação para a Saúde (que não se inclua nas opções anteriores)

Other:

2.2.2 Tempo semanal dispendido e número de utentes abrangidos por Áreas de Intervenção e Actividades que desempenha em Ambulatório/Centro de Saúde

Para cada actividade/área escolhida no ponto 2.2.1 (incluindo para a opção "Outra"), identifique a alínea e digite o número de horas semanais dispendidas e o número actual de utentes abrangidos por actividade.

2.2.3 Áreas de Intervenção e Actividades que desempenha na Comunidade

Se faz intervenção na Comunidade, escolha as áreas/ actividades que desempenha

a) Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

b) Saúde Escolar

c) Fisioterapia em Meio Aquático (como recurso dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Algarve)

d) Sessões de Educação para a Saúde (que não se inclua nas opções anteriores)

Other:

2.2.4 Tempo semanal dispendido e número de utentes abrangidos por Áreas de Intervenção e Actividades que desempenha na Comunidade

Para cada actividade/área escolhida no ponto 2.2.3 (incluindo para a opção "Outra"), identifique a alínea e digite o número de horas semanais dispendidas e o número actual de utentes abrangidos por actividade.

2.2.5 Sessões de Educação para a Saúde

Se faz Sessões de Educação para a Saúde, escreva os temas e/ou âmbito das mesmas e o tipo de população a qual se dirigem.

2.3 As prioridades e actividades que desempenha foram: *

Escolha a opção que explique como foram definidas as prioridades e actividades que desempenha

Determinadas pela Coordenação e/ou Direcção Executiva

Discutidas e negociadas entre Fisioterapeuta (s) e a Coordenação e/ou Direcção Executiva

Totalmente da determinadas pelo (a) Fisioterapeuta ou grupo de Fisioterapeutas

2.4 No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, qual considera ser a sua principal função como Fisioterapeuta? *

Escolha a opção com a qual mais se identifica

Promoção e Educação para a Saúde

Prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação

Tratamento e Reabilitação

2.5 No seu ponto de vista, quais as actividades/áreas de intervenção em Cuidados de Saúde Primários que considera prioritárias? *

No Contexto dos Cuidados de Saúde Primários, escolha no máximo 5 actividades/áreas de intervenção que considera prioritárias

- Intervenção em Grupo em Movimento/Algias
- Intervenção em Grupo na Obesidade
- Intervenção em Grupo na Diabetes
- Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)
- Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)
- Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)
- Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)
- Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)
- Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)
- Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)
- Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)
- Intervenção Individual Variável (por outras causas ou indicações que não se inclua nas opções anteriores)
- Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- Saúde Escolar
- Fisioterapia em Meio Aquático (como recurso dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Algarve)
- Sessões de Educação para a Saúde (que não se inclua nas opções anteriores)
- Other:

III - Local e Condições de Trabalho

3.1 No Centro de Saúde onde desempenha funções, a Fisioterapia dispõe de instalações para intervenção? *

No Centro de Saúde onde desempenha funções, responda se a Fisioterapia dispõe ou não de instalações próprias para intervenção?

- Sim, suficiente
- Sim, mas insuficiente
- Não

3.1.1 Se sim, dispõe de material terapêutico adequado para intervenção nessas instalações?

Se respondeu sim na pergunta anterior, responda se dispõe de material terapêutico para intervenção nas instalações.

- Sim, suficiente
- Sim, mas insuficiente
- Não

3.2 A ARS Algarve/ACES/Unidade Funcional disponibilizam formação contínua e/ou formação em serviço no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e/ou em áreas de intervenção e actividades que desempenha nesse âmbito? *

Responda se ARS Algarve/ACES/Unidade Funcional disponibilizam formação contínua e/ou formação em serviço no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e/ou em áreas de intervenção e actividades que desempenha nesse âmbito

- Sim, suficiente
- Sim, mas insuficiente

Não

3.3 Tem hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão? *

Responda se tem ou não o hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão

- Sim, suficiente
 Sim, mas insuficiente
 Não

3.4 Nas actividades que desempenha, a sua intervenção é habitualmente envolvida em trabalho de equipa multidisciplinar/multiprofissional? *

Responda se a sua intervenção é ou não habitualmente envolvida em trabalho de equipa multidisciplinar/multiprofissional

- Sim, suficiente
 Sim, mas insuficiente
 Não

3.5 Participa em reuniões regulares de equipa multidisciplinar/multiprofissional? *

Responda se participa ou não em reuniões de equipa multidisciplinar/multiprofissional

- Sim
 Não

3.5.1 Se sim, com que frequência?

Se respondeu sim na pergunta anterior, escolha a opção que define frequência com que participa nas reuniões

- Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 Frequência superior a 1 mês

íge 4

After page 3 [Continue to next page](#)

IV - Grau de Satisfação e Expectativas

4.1 Qual o seu grau de satisfação relativamente a: *

Escolha o seu grau de satisfação de 1 a 4 para os três parâmetros seguintes:

	1 - Nada Satisfeito	2 - Pouco Satisfeito	3 - Satisfeito	4 - Muito Satisfeito	5 - Não sei/Não Respondo
Profissão de Fisioterapeuta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenção em Cuidados de Saúde Primários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Local e Condições de Trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.2 Descreva sucintamente as expectativas que tem em relação à sua profissão *

Diga sucintamente as expectativas que tem em relação à sua profissão

4.3 Descreva sucintamente as expectativas que tem em relação ao seu trabalho e à sua situação profissional actuais

Diga sucintamente as expectativas que tem em relação ao contexto do seu trabalho a à sua situação profissional actuais

Apêndice D – Termo de Consentimento Informado dos Fisioterapeutas

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de uma dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, intitulado “*Organização e Impacto da Fisioterapia nos cuidados de Saúde Primários do Algarve*”, da autoria da fisioterapeuta e aluna nº43588 PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA e orientação das Professoras Doutora EUGÉNIA CASTELA e Dra. ANA MARREIROS da referida faculdade, surgiu a necessidade de aplicar um questionário aos fisioterapeutas a exercer funções nos Centros de Saúde da ARS Algarve, ao que lhe é solicitada a sua colaboração. O estudo tem como objectivo conhecer o estado e a realidade dos fisioterapeutas e o impacto da intervenção da fisioterapia ao nível dos Cuidados de Saúde Primários na região do Algarve, de forma a produzir informação pertinente à gestão deste recurso humano e ao seu enquadramento na política de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, esperando constituir uma base importante à construção de documentos normativos.

A participação não acarreta riscos nem benefícios acrescidos, não envolvendo custos ou compensações de qualquer tipo. Os dados recolhidos são totalmente anónimos e serão tratados de forma confidencial. Todos os registos serão conservados em local seguro, à responsabilidade dos investigadores. Os resultados do estudo serão apresentados e divulgados, nunca identificando os participantes. A escolha de participar ou não, é voluntária e se decidir participar no estudo poderá desistir a qualquer momento. A presente declaração será emitida em duplicado.

Assinatura da Investigadora: _____
(PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA)

Eu (nome completo), _____, assumo que me foi explicado e compreendi o âmbito e objectivo do estudo supracitado e fui informado acerca total liberdade para recusar ou aceitar a participação neste, de forma livre e esclarecida, autorizando, para os devidos efeitos, a minha participação

Data ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Apêndice E – Questionário dos Utentes



QUESTIONÁRIO

No âmbito de um Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, pretende-se realizar um estudo que permita conhecer a ORGANIZAÇÃO E IMPACTO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (Centros de Saúde) no Algarve. Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao tratamento estatístico, sendo garantida a sua total confidencialidade e anonimato.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

DATA: ____/____/____

I – Caracterização Individual

1.1 Mulher Homem

1.2 Quantos anos tem? _____

1.3 Concelho onde mora? _____

1.4 Centro de Saúde onde está inscrito? _____

1.5 Ocupação/Profissão: _____

1.6 Escolaridade

Sem escolaridade

Da 1ª à 4ª Classe (Primária)

Do 5º Ano ao 9º Ano (Básico)

Do 10º Ano ao 12º Ano (Secundário)

Ensino Superior

II – Tratamento de Fisioterapia

2.1 Qual a situação ou problema de saúde que o (a) levou a fazer Fisioterapia? _____

2.2 Onde faz os tratamentos de Fisioterapia?

Domicílio Centro de Saúde

2.3 O tratamento de Fisioterapia é:

Individual Grupo Individual e em Grupo

2.4 – Há quanto tempo faz Fisioterapia: _____

2.5 - Quantas vezes por semana faz Fisioterapia: _____

2.6 – Quanto tempo dura uma sessão de Fisioterapia?: _____

2.7 – Quanto tempo espera-se que faça tratamentos de Fisioterapia? _____

III – Nível de Satisfação e Expectativas

3.1 – Qual a sua de satisfação com?

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não Sei/ Não Respondo
	1	2	3	4	6
Os resultados/melhorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O/A Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Centro de Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 – Que resultados espera obter com os tratamentos de Fisioterapia?

- Resolver totalmente o seu problema
- Resolver parcialmente o seu problema
- Manter o seu estado
- Prevenir complicações ou outros problemas
- Aprender a cuidar da sua saúde
- Não espera obter nenhuns ganhos ou alterações

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice F – Termo de Consentimento Informado dos Utentes

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito de uma dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve, intitulado “ORGANIZAÇÃO E IMPACTO DA FISIOTERAPIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DO ALGARVE”, da autoria da fisioterapeuta e aluna nº43588 PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA e orientação das Professoras Doutora EUGÉNIA CASTELA e Dra. ANA MARREIROS da referida faculdade, surgiu a necessidade de aplicar um questionário aos utentes em intervenção de Fisioterapia pelos serviços dos Centros de Saúde do Algarve, ao que lhe é solicitada a sua colaboração. O estudo tem como objectivo conhecer o estado e a realidade dos fisioterapeutas e o impacto da intervenção da fisioterapia ao nível dos Cuidados de Saúde Primários na região do Algarve, de forma a produzir informação pertinente à gestão deste recurso humano e ao seu enquadramento na política de saúde dos Cuidados de Saúde Primários

A participação não acarreta risco nem benefícios acrescidos, não envolvendo custos ou compensações de qualquer tipo. Não haverá qualquer compromisso ou prejuízo no tratamento que se encontra a realizar. Os dados recolhidos são totalmente anónimos e serão tratados de forma confidencial. Todos os registos serão conservados em local seguro, à responsabilidade dos investigadores. Os resultados do estudo serão apresentados e divulgados, nunca identificando os participantes. A escolha de participar ou não, é voluntária e se decidir participar poderá desistir a qualquer momento. A presente declaração será emitida em duplicado.

Assinatura da Investigadora: _____
(PAULA ALEXANDRA TEIXEIRA MENDES BATISTA)

Eu (nome completo), _____, assumo que me foi explicado e compreendi o âmbito e objectivo do estudo supracitado e fui informado acerca total liberdade para recusar ou aceitar a participação neste, de forma livre e esclarecida, autorizando para os devidos efeitos a minha participação.

Data ____/____/____

Assinatura do Participante: _____

Apêndice G – Estatística Descritiva dos Fisioterapeutas – Outputs do SPSS

Frequências

Statistics

		Idade do Fisioterapeuta	Tempo na Profissão (anos)	Tempo nos Cuidados de Saúde Primários (anos)	Tempo no Centro de Saúde Atual (anos)
N	Valid	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0
Mean		37,18	13,67	8,49	7,2841
Std. Error of Mean		1,995	1,980	1,453	1,53074
Median		35,00	7,50	5,00	4,0000
Mode		30	5	5	1,00
Std. Deviation		9,359	9,287	6,813	7,17979
Minimum		26	5	3	1,00
Maximum		57	29	25	25,00

Statistics - Select Cases

		Tempo semanal dispendido no Ambulatório/Centro de Saúde	Tempo semanal dispendido na Comunidade
N	Valid	13	15
	Missing	3	1
Mean		17,077	17,333
Std. Error of Mean		2,4644	2,0562
Median		21,000	14,000
Mode		21,0(a)	14,0
Std. Deviation		8,8855	7,9635
Minimum		2,0	5,5
Maximum		29,5	35,0

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequências

Statistics

		Sexo do Fisioterapeuta	Concelho de Residência	Centro de Saúde onde o Fisioterapeuta exerce funções	Categoria Profissional do Fisioterapeuta	Habilitações Literárias do Fisioterapeuta
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mode		1	4	4	1	1
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	16	16	4	3

Statistics

		Formação complementar em Cuidados de Saúde Primários	Unidade Funcional responsável pela Coordenação do Fisioterapeuta	Áreas de Intervenção e Atividades do Fisioterapeuta	Intervenção em Grupo de Movimento/Algias	Intervenção em Grupo na Obesidade
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mode		1	1	3	2	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	3	2	2

Statistics

		Intervenção em Grupo na Diabetes	Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)	Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)	Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)	Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mode		2	2	2	2	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics

		Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)	Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)	Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)	Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)	Intervenção Individual variável
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mode		2	2	2	2	1
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics

		Sessões de Educação para a Saúde	Intervenção no Cantinho da Amamentação	Fisioterapia no Domicílio/ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Saúde Escolar	Fisioterapia em Meio Aquático
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mode		2	2	1	2	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics

		Sessões de Educação para a Saúde	Grupo de Movimento para Idosos na Comunidade	Sessões de Educação para a Saúde	Responsabilidade da definição das prioridades e actividades	Principal função como Fisioterapeuta nos CSP
N	Valid	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0
Mode		2	2	2	2	1
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	3	3

Statistics

		Intervenção em Grupo de Movimento/ Algias	Intervenção em Grupo na Obesidade	Intervenção em Grupo na Diabetes	Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)	Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)
N	Valid	21	21	21	21	21
	Missing	1	1	1	1	1
Mode		1	2	2	1	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics

		Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)	Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)	Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)	Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)	Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)
N	Valid	21	21	21	21	21
	Missing	1	1	1	1	1
Mode		2	2	2	2	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics

		Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)	Intervenção Individual variável	Fisioterapia no Domicílio/ Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	Saúde Escolar	Fisioterapia em Meio Aquático
N	Valid	21	21	21	21	21
	Missing	1	1	1	1	1
Mode		2	2	1	2	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics

		Sessões de Educação para a Saúde	Promoção e Prescrição da Actividade/ Exercício Físico	Intervenção no Cantinho da Amamentação	Existência de instalações para intervenção de Fisioterapia	Existência de Material Terapêutico
N	Valid	21	21	21	22	19
	Missing	1	1	1	0	3
Mode		1	2	2	1	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	2	2	3	3

Statistics

		Formação contínua e/ou formação em serviço	Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?	Trabalho de equipa multidisciplinar	Reuniões regulares de equipa multidisciplinar	Frequência das Reuniões
N	Valid	22	22	22	22	19
	Missing	0	0	0	0	3
Mode		2	2	1	1	1
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		3	3	2	2	4

Statistics

		Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta	Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários	Satisfação com o Local e Condições de Trabalho
N	Valid	22	22	22
	Missing	0	0	0
Mode		4	3	3
Minimum		2	1	1
Maximum		4	5	5

Tabela de Frequências

Sexo do Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	16	72,7	72,7	72,7
	Masculino	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Concelho de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aljezur	1	4,5	4,5	4,5
	Portimão	4	18,2	18,2	22,7
	Lagoa	1	4,5	4,5	27,3
	Silves	3	13,6	13,6	40,9
	Albufeira	3	13,6	13,6	54,5
	Loulé	3	13,6	13,6	68,2
	Faro	2	9,1	9,1	77,3
	Olhão	2	9,1	9,1	86,4
	São Brás de Alportel	1	4,5	4,5	90,9
	Vila Real de Santo António	1	4,5	4,5	95,5
	Alcoutim	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Centro de Saúde onde o Fisioterapeuta exerce funções

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aljezur	1	4,5	4,5	4,5
	Vila do Bispo	1	4,5	4,5	9,1
	Lagos	1	4,5	4,5	13,6
	Portimão	3	13,6	13,6	27,3
	Monchique	1	4,5	4,5	31,8
	Lagoa	1	4,5	4,5	36,4
	Silves	2	9,1	9,1	45,5
	Albufeira	1	4,5	4,5	50,0
	Loulé	2	9,1	9,1	59,1
	Faro	2	9,1	9,1	68,2
	Olhão	2	9,1	9,1	77,3
	São Brás de Alportel	1	4,5	4,5	81,8
	Tavira	1	4,5	4,5	86,4
	Vila Real de Santo António	2	9,1	9,1	95,5
	Alcoutim	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Categoria Profissional do Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Técnico de 2ª Classe	13	59,1	59,1	59,1
	Técnico Principal	7	31,8	31,8	90,9
	Técnico Especialista	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Habilitações Literárias do Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bacharelato	11	50,0	50,0	50,0
	Licenciatura	10	45,5	45,5	95,5
	Mestrado	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Formação complementar em Cuidados de Saúde Primários

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	90,9	90,9	90,9
	Não	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Unidade Funcional responsável pela Coordenação do Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)	15	68,2	68,2	68,2
	Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Áreas de Intervenção e Atividades do Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Intervenção em Ambulatório/Centro de Saúde	3	13,6	13,6	13,6
	Intervenção na Comunidade	3	13,6	13,6	27,3
	Ambas: Intervenção em Ambulatório/Centro de Saúde e Intervenção na Comunidade	16	72,7	72,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção em Grupo de Movimento/Algias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	36,4	36,4	36,4
	Não	14	63,6	63,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção em Grupo na Obesidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	18,2	18,2	18,2
	Não	18	81,8	81,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção em Grupo na Diabetes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	13,6	13,6	13,6
	Não	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	22,7	22,7
	Não	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	27,3	27,3	27,3
	Não	16	72,7	72,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	22,7	22,7
	Não	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	13,6	13,6	13,6
	Não	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	4,5	4,5	4,5
	Não	21	95,5	95,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	22,7	22,7
	Não	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	22,7	22,7
	Não	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	22,7	22,7
	Não	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Fisioterapia Individual variável

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	68,2	68,2	68,2
	Não	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Sessões de Educação para a Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	22,7	22,7
	Não	17	77,3	77,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Intervenção no Cantinho da Amamentação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	13,6	13,6	13,6
	Não	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	72,7	72,7	72,7
	Não	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Saúde Escolar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	13,6	13,6	13,6
	Não	19	86,4	86,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Fisioterapia em Meio Aquático

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	18,2	18,2	18,2
	Não	18	81,8	81,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Sessões de Educação para a Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	27,3	27,3	27,3
	Não	16	72,7	72,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Grupo de Movimento para Idosos na Comunidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	4,5	4,5	4,5
	Não	21	95,5	95,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Sessões de Educação para a Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		16	72,7	72,7	72,7
	Sessão "Dia Comemorativo da Saúde", dirigido a toda a população; Sessão sobre o "Envelhecimento Activo" dirigido a utentes e cuidadores	1	4,5	4,5	77,3
	Sessões de Educação para a Saúde no âmbito do Projeto "+Viver, + Aprender" junto da população serrana do Concelho.	1	4,5	4,5	81,8
	Sessões sobre temáticas no âmbito da Saúde Materno-infantil	1	4,5	4,5	86,4
	Sessões: " AVC" e "Actividade Física e Saúde"	1	4,5	4,5	90,9
	Sessões: "Promoção da Autonomia - Juntos no Cuidar" - Dirigida aos cuidadores dos utentes da ECCI Lagoa	1	4,5	4,5	95,5
	Sessões: ECCI	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Responsabilidade da definição das prioridades e atividades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Determinadas pela Coordenação e/ou Direcção Executiva	3	13,6	13,6	13,6
	Discutidas e negociadas entre Fisioterapeuta (s) e a Coordenação e/ou Direcção Executiva	18	81,8	81,8	95,5
	Totalmente da determinadas pelo (a) Fisioterapeuta ou grupo de Fisioterapeutas	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Principal função como Fisioterapeuta nos CSP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Promoção e Educação para a Saúde	12	54,5	54,5	54,5
	Prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação	5	22,7	22,7	77,3
	Tratamento e Reabilitação	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Prioridade: Intervenção em Grupo de Movimento/Algias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	63,6	66,7	66,7
	Não	7	31,8	33,3	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção em Grupo na Obesidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	27,3	28,6	28,6
	Não	15	68,2	71,4	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção em Grupo na Diabetes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	40,9	42,9	42,9
	Não	12	54,5	57,1	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	54,5	57,1	57,1
	Não	9	40,9	42,9	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	36,4	38,1	38,1
	Não	13	59,1	61,9	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	13,6	14,3	14,3
	Não	18	81,8	85,7	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	4,5	4,8	4,8
	Não	20	90,9	95,2	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	4,5	4,8	4,8
	Não	20	90,9	95,2	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	27,3	28,6	28,6
	Não	15	68,2	71,4	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	45,5	47,6	47,6
	Não	11	50,0	52,4	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	22,7	23,8	23,8
	Não	16	72,7	76,2	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Fisioterapia Individual variável

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	27,3	28,6	28,6
	Não	15	68,2	71,4	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	54,5	57,1	57,1
	Não	9	40,9	42,9	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Saúde Escolar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	31,8	33,3	33,3
	Não	14	63,6	66,7	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Fisioterapia em Meio Aquático

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	18,2	19,0	19,0
	Não	17	77,3	81,0	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Sessões de Educação para a Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	54,5	57,1	57,1
	Não	9	40,9	42,9	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Promoção e Prescrição da Actividade/Exercício Físico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	4,5	4,8	4,8
	Não	20	90,9	95,2	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Prioridade: Intervenção no Cantinho da Amamentação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	4,5	4,8	4,8
	Não	20	90,9	95,2	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Existência de instalações para intervenção de Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, Suficiente	12	54,5	54,5	54,5
	Sim, mas Insuficiente	6	27,3	27,3	81,8
	Não	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Existência de Material Terapêutico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, Suficiente	4	18,2	21,1	21,1
	Sim, mas Insuficiente	12	54,5	63,2	84,2
	Não	3	13,6	15,8	100,0
	Total	19	86,4	100,0	
Missing	System	3	13,6		
Total		22	100,0		

Existência de Material Terapêutico - Select Cases

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, Suficiente	4	22,2	23,5	23,5
	Sim, mas Insuficiente	12	66,7	70,6	94,1
	Não	1	5,6	5,9	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Missing	System	1	5,6		
Total		18	100,0		

Formação contínua e/ou formação em serviço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, Suficiente	3	13,6	13,6	13,6
	Sim, mas Insuficiente	16	72,7	72,7	86,4
	Não	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, Suficiente	8	36,4	36,4	36,4
	Sim, mas Insuficiente	13	59,1	59,1	95,5
	Não	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Trabalho de equipa multidisciplinar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim, Suficiente	16	72,7	72,7	72,7
	Sim, mas Insuficiente	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Reuniões regulares de equipa multidisciplinar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	86,4	86,4	86,4
	Não	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Frequência das Reuniões

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Semanalmente	12	54,5	63,2	63,2
	Quinzenalmente	3	13,6	15,8	78,9
	Mensalmente	2	9,1	10,5	89,5
	Frequência superior a 1 mês	2	9,1	10,5	100,0
	Total	19	86,4	100,0	
Missing	System	3	13,6		
Total		22	100,0		

Frequência das Reuniões - Select Cases

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Semanalmente	12	63,2	63,2	63,2
	Quinzenalmente	3	15,8	15,8	78,9
	Mensalmente	2	10,5	10,5	89,5
	Frequência superior a 1 mês	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco Satisfeito	2	9,1	9,1	9,1
	Satisfeito	8	36,4	36,4	45,5
	Muito Satisfeito	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada Satisfeito	1	4,5	4,5	4,5
	Pouco Satisfeito	1	4,5	4,5	9,1
	Satisfeito	11	50,0	50,0	59,1
	Muito Satisfeito	8	36,4	36,4	95,5
	Não sei/Não Respondo	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Satisfação com o Local e Condições de Trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada Satisfeito	2	9,1	9,1	9,1
	Pouco Satisfeito	1	4,5	4,5	13,6
	Satisfeito	15	68,2	68,2	81,8
	Muito Satisfeito	3	13,6	13,6	95,5
	Não sei/Não Respondo	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Expetativas em relação à profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não Sabem	4	18,2	18,2	18,2
	Mais formação e investigação/ Reconhecimento da profissão/Reestruturação da carreira/Criação de Ordem	10	45,5	45,5	63,6
	Criação de um Plano Nacional de Intervenção em Reabilitação	1	4,5	4,5	68,2
	Continuar a ajudar os outros	1	4,5	4,5	72,7
	Poucas expetativas/expetativas negativas	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sabem	3	13,6	13,6	13,6
	Desenvolver competências e participar em novos projetos de educação/promoção da saúde e prevenção	6	27,3	27,3	40,9
	Melhoria das condições de trabalho (instalações, material, formação) e evolução na carreira	2	9,1	9,1	50,0
	Corresponder às expetativas dos utentes/satisfação dos utentes	3	13,6	13,6	63,6
	Continuar com os projetos e trabalho atuais	1	4,5	4,5	68,2
	Maior reconhecimento por outros profissionais	1	4,5	4,5	72,7
	Poucas expetativas/expetativas negativas	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Apêndice H – Estatística Descritiva dos Utentes de Fisioterapia – Outputs do SPSS

Frequências

Statistics

		Idade do Utente	Duração de uma sessão de Fisioterapia (Minutos)
N	Valid	113	113
	Missing	0	0
Mean		63,14	56,95
Median		67,00	60,00
Mode		72	60
Std. Deviation		17,987	23,965
Minimum		8	15
Maximum		91	210

Frequências

Statistics

		Sexo do Utente	Concelho de Residência do Utente	Centro de Saúde onde está inscrito	Ocupação/ Profissão Actual do Utente	Escolaridade do Utente
N	Valid	113	113	113	111	113
	Missing	0	0	0	2	0
Median		1,00	5,00	5,00	1,00	2,00
Mode		1	4	4	1	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		2	16	16	20	5

Statistics

		Patologia ou Condição de Saúde do Utente	Local onde faz Fisioterapia	Tipo de Fisioterapia	Tempo de Fisioterapia	Frequência das sessões de Fisioterapia
N	Valid	112	113	113	111	113
	Missing	1	0	0	2	0
Median		6,00	2,00	1,00	3,00	2,00
Mode		3	2	1	3	2
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		24	3	3	7	4

Statistics

		Tempo esperado de Fisioterapia	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia	Satisfação com o Fisioterapeuta	Satisfação com o Centro de Saúde	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema
N	Valid	112	113	113	113	113
	Missing	1	0	0	0	0
Median		5,00	4,00	4,00	3,00	2,00
Mode		6	4	4	3	2
Minimum		1	2	3	1	1
Maximum		7	5	5	5	2

Statistics

		Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema	Resultados Esperados: C) Manter o estado	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde	Resultados Esperados: F) Não espera obter nenhuns ganhos ou alterações
N	Valid	113	113	113	113	113
	Missing	0	0	0	0	0
Median		1,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Mode		1	2	2	2	2
Minimum		1	1	1	1	2
Maximum		2	2	2	2	2

Statistics - Patologia ou Condição de Saúde por Categorias/Tipos

N	Valid	112
	Missing	1
Median		3,50
Mode		5
Minimum		1
Maximum		5

Tabela de Frequências

Sexo do Utente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	77	68,1	68,1	68,1
	Masculino	36	31,9	31,9	100,0
Total		113	100,0	100,0	

Concelho de Residência do Utente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aljezur	8	7,1	7,1	7,1
	Vila do Bispo	11	9,7	9,7	16,8
	Lagos	4	3,5	3,5	20,4
	Portimão	28	24,8	24,8	45,1
	Monchique	11	9,7	9,7	54,9
	Lagoa	10	8,8	8,8	63,7
	Silves	16	14,2	14,2	77,9
	São Brás de Alportel	11	9,7	9,7	87,6
	Tavira	6	5,3	5,3	92,9
	Vila Real de Santo António	4	3,5	3,5	96,5
	Castro Marim	1	,9	,9	97,3
	Alcoutim	3	2,7	2,7	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Centro de Saúde onde está inscrito

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aljezur	8	7,1	7,1	7,1
	Vila do Bispo	11	9,7	9,7	16,8
	Lagos	4	3,5	3,5	20,4
	Portimão	29	25,7	25,7	46,0
	Monchique	11	9,7	9,7	55,8
	Lagoa	9	8,0	8,0	63,7
	Silves	16	14,2	14,2	77,9
	São Brás de Alportel	11	9,7	9,7	87,6
	Tavira	6	5,3	5,3	92,9
	Vila Real de Santo António	5	4,4	4,4	97,3
	Alcoutim	3	2,7	2,7	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Ocupação/Profissão Atual do Utente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Reformada/o	76	67,3	68,5	68,5
	Desempregada/o	3	2,7	2,7	71,2
	Doméstica	7	6,2	6,3	77,5
	Assistente Operacional	3	2,7	2,7	80,2
	Comerciante/Empresária	3	2,7	2,7	82,9
	Assistente Técnica	2	1,8	1,8	84,7
	Gerente	1	,9	,9	85,6
	Médico	1	,9	,9	86,5
	Vigilante	1	,9	,9	87,4
	Empregado de Andares	1	,9	,9	88,3
	Mecânico	1	,9	,9	89,2
	Estudante	3	2,7	2,7	91,9
	Electricista	1	,9	,9	92,8
	Promotora de Vendas	1	,9	,9	93,7
	Empregada Limpeza	1	,9	,9	94,6
	Enfermeira/o	1	,9	,9	95,5
	Informática	1	,9	,9	96,4
	Taxista	1	,9	,9	97,3
	Canteiro	1	,9	,9	98,2
	Técnico Superior	2	1,8	1,8	100,0
	Total	111	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		113	100,0		

Escolaridade do Utente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem escolaridade	6	5,3	5,3	5,3
	Da 1ª à 4ª Classe (1º Ciclo)	70	61,9	61,9	67,3
	Do 5º ano ao 9º ano (2º e 3º Ciclo)	19	16,8	16,8	84,1
	Do 10º ano ao 12º ano (Secundária)	12	10,6	10,6	94,7
	Ensino Superior	6	5,3	5,3	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Patologia ou Condição de Saúde do Utente (Todas)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perda de Mobilidade/Funcionalidade (por queda, hospitalização ou outras causas)	9	8,0	8,0	8,0
	Puerpera (Recuperação Pós Parto)	6	5,3	5,4	13,4
	Sequelas de AVC	27	23,9	24,1	37,5
	Patologia Oncológica	8	7,1	7,1	44,6
	Artroplastias da Anca ou Joelho	4	3,5	3,6	48,2
	Fracturas	8	7,1	7,1	55,4
	Patologias da Coluna Vertebral/Raquialgias	13	11,5	11,6	67,0
	Amputação dos Membros Inferiores	1	,9	,9	67,9
	Fibromialgia	1	,9	,9	68,8
	Osteoartrose/Dores Articulares	14	12,4	12,5	81,3
	Tendinite	5	4,4	4,5	85,7
	Tetraplegia/Tetraparesia	2	1,8	1,8	87,5
	Demência	1	,9	,9	88,4
	Traumatismo Crânio-Encefálico	1	,9	,9	89,3
	Esclerose Múltipla	2	1,8	1,8	91,1
	Doença Charcot-Marie-Tooth	2	1,8	1,8	92,9
	Neuropatia Diabética	2	1,8	1,8	94,6
	Artrite Reumatóide	1	,9	,9	95,5
	Doença de Parkinson	1	,9	,9	96,4
	Doença de Corpus de Lewy	1	,9	,9	97,3
	Esporão do Calcâneo	1	,9	,9	98,2
	Patologia Neurológica Inespecífica	1	,9	,9	99,1
	Ataxia de Friedreich	1	,9	,9	100,0
	Total	112	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		113	100,0		

Patologia ou Condição de Saúde do Utente (Por Categorias/Tipos)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perda de Mobilidade/Funcionalidade (por queda, hospitalização ou outras causas)	9	8,0	8,0	8,0
	Puerpera (Recuperação Pós Parto)	6	5,3	5,4	13,4
	Patologias ou Condições Neuromusculares	41	36,3	36,6	50,0
	Patologia Oncológica	8	7,1	7,1	57,1
	Patologias ou Condições Músculo-esqueléticas	48	42,5	42,9	100,0
	Total	112	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		113	100,0		

Local onde faz Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Domicílio	31	27,4	27,4	27,4
	Centro de Saúde	69	61,1	61,1	88,5
	Piscinas Municipais	13	11,5	11,5	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Tipo de Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Individual	68	60,2	60,2	60,2
	Grupo	42	37,2	37,2	97,3
	Individual e em Grupo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Tempo de Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Há menos de 1 mês	16	14,2	14,4	14,4
	Entre 1 e 3 Meses	18	15,9	16,2	30,6
	Entre 3 e 6 Meses	25	22,1	22,5	53,2
	Entre 6 meses e 1 ano	12	10,6	10,8	64,0
	Entre 1 e 3 anos	23	20,4	20,7	84,7
	Entre 3 e 6 anos	14	12,4	12,6	97,3
	Há 6 ou mais anos	3	2,7	2,7	100,0
	Total	111	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		113	100,0		

Frequência das sessões de Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uma Vez/Semana	6	5,3	5,3	5,3
	Duas Vezes/Semana	84	74,3	74,3	79,6
	Três Vezes/Semana	20	17,7	17,7	97,3
	Variável	3	2,7	2,7	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Satisfação com os Resultados da Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pouco Satisfeito	3	2,7	2,7	2,7
	Satisfeito	43	38,1	38,1	40,7
	Muito Satisfeito	66	58,4	58,4	99,1
	Não sei/Não Respondo	1	,9	,9	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Satisfação com o Fisioterapeuta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Satisfeito	17	15,0	15,0	15,0
	Muito Satisfeito	93	82,3	82,3	97,3
	Não sei/Não Respondo	3	2,7	2,7	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Satisfação com o Centro de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada Satisfeito	2	1,8	1,8	1,8
	Pouco Satisfeito	8	7,1	7,1	8,8
	Satisfeito	55	48,7	48,7	57,5
	Muito Satisfeito	44	38,9	38,9	96,5
	Não sei/Não Respondo	4	3,5	3,5	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Tempo Esperado para a Continuação da Fisioterapia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Para Sempre	14	12,4	12,5	12,5
	Até me sentir bem/Até melhor/ Até estar mais funcional/autônoma	6	5,3	5,4	17,9
	Até me deixarem/Enquanto poder	15	13,3	13,4	31,3
	Por mais alguns Meses	17	15,0	15,2	46,4
	Por mais alguns Dias	12	10,6	10,7	57,1
	Não sei/Indeterminado/Não responde	47	41,6	42,0	99,1
	Até colocação da Prótese	1	,9	,9	100,0
	Total	112	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		113	100,0		

Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	23	20,4	20,4	20,4
	Não	90	79,6	79,6	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	59	52,2	52,2	52,2
	Não	54	47,8	47,8	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Resultados Esperados: C) Manter o estado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	30	26,5	26,5	26,5
	Não	83	73,5	73,5	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	33	29,2	29,2	29,2
	Não	80	70,8	70,8	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	10,6	10,6	10,6
	Não	101	89,4	89,4	100,0
	Total	113	100,0	100,0	

Resultados Esperados: F) Não espera obter nenhuns ganhos ou alterações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	113	100,0	100,0	100,0

Apêndice I – Estatística Multivariada dos Fisioterapeutas – Outputs do SPSS

Overals

Credit

OVERALS Version 1.0 by Data Theory Scaling System Group (DTSS) Faculty of Social and Behavioral Sciences Leiden University, The Netherlands
--

Case Processing Summary

Cases Used in Analysis	22
------------------------	----

List of Variables

Set		Number of Categories	Optimal Scaling Level
1	Intervenção em Grupo de Movimento/Algias	2	Single Nominal
	Intervenção em Grupo na Obesidade	2	Single Nominal
	Intervenção em Grupo na Diabetes	2	Single Nominal
	Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal

	Fisioterapia Individual variável	2	Single Nominal
	Sessões de Educação para a Saúde no Ambulatório	2	Single Nominal
	Intervenção no Cantinho da Amamentação	2	Single Nominal
	Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	2	Single Nominal
	Saúde Escolar	2	Single Nominal
	Fisioterapia em Meio Aquático	2	Single Nominal
	Sessões de Educação para a Saúde na Comunidade	2	Single Nominal
	Grupo de Movimento para Idosos na Comunidade	2	Single Nominal
2	Prioridade: Intervenção em Grupo de Movimento/Algias	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Obesidade	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Diabetes	2	Single Nominal
	Prioridade: Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)	2	Single Nominal
	Prioridade: Fisioterapia Individual variável	2	Single Nominal

	Prioridade: Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	2	Single Nominal
	Prioridade: Saúde Escolar	2	Single Nominal
	Prioridade: Fisioterapia em Meio Aquático	2	Single Nominal
	Prioridade: Sessões de Educação para a Saúde (Global)	2	Single Nominal
	Prioridade: Promoção e Prescrição da Actividade/Exercício Físico	2	Single Nominal
	Prioridade: Intervenção no Cantinho da Amamentação	2	Single Nominal
3	Existência de instalações para intervenção de Fisioterapia	3	Single Nominal
	Existência de Material Terapêutico	3	Single Nominal
	Formação contínua e/ou formação em serviço	3	Single Nominal
	Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?	3	Single Nominal
	Trabalho de equipa multidisciplinar	3	Single Nominal
	Reuniões regulares de equipa multidisciplinar	2	Single Nominal
4	Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta	4	Ordinal
	Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários	4	Ordinal
	Satisfação com o Local e Condições de Trabalho	4	Ordinal
5	Expetativas em relação à profissão	5	Single Nominal
	Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais	7	Single Nominal

Summary of Analysis

		Dimension		Sum
		1	2	1
Loss	Set 1	,056	,023	,078
	Set 2	,058	,026	,084
	Set 3	,113	,096	,208
	Set 4	,198	,195	,393
	Set 5	,134	,353	,487
	Mean	,112	,138	,250
Eigenvalue		,888	,862	
Fit				1,750

Weights

Set		Dimension	
		1	2
1	Intervenção em Grupo de Movimento/Algias	-,640	-,945
	Intervenção em Grupo na Obesidade	-,433	,647
	Intervenção em Grupo na Diabetes	-,238	,657
	Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)	-,297	-,269
	Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)	-,260	,041
	Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)	-,235	1,290
	Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)	,659	-,843
	Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)	,924	-,800
	Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)	-1,357	-,354
	Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)	-,680	,171
	Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)	,075	,271
	Fisioterapia Individual variável	-,917	-,606
	Sessões de Educação para a Saúde no Ambulatório	,501	-,221
	Intervenção no Cantinho da Amamentação	1,927	1,191

	Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	,575	1,045
	Saúde Escolar	,681	,087
	Fisioterapia em Meio Aquático	1,096	1,030
	Sessões de Educação para a Saúde na Comunidade	-,021	1,201
	Grupo de Movimento para Idosos na Comunidade	-,462	-,398
2	Prioridade: Intervenção em Grupo de Movimento/Algias	-,132	-,709
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Obesidade	,287	-,872
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Diabetes	1,149	1,011
	Prioridade: Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)	-,838	-,765
	Prioridade: Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)	1,920	,804
	Prioridade: Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)	-1,196	,219
	Prioridade: Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)	-,026	-,105
	Prioridade: Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)	-1,146	-,677
	Prioridade: Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)	,317	,180
	Prioridade: Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)	-,717	-1,040
	Prioridade: Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)	1,217	,675
	Prioridade: Fisioterapia Individual variável	1,022	,861
	Prioridade: Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)	-,196	-,358
	Prioridade: Saúde Escolar	-1,071	-,423
	Prioridade: Fisioterapia em Meio Aquático	-,100	,313
	Prioridade: Sessões de Educação para a Saúde (Global)	-1,275	-,583

	Prioridade: Promoção e Prescrição da Actividade/Exercício Físico	,319	-,248
	Prioridade: Intervenção no Cantinho da Amamentação	,376	-,522
3	Existência de instalações para intervenção de Fisioterapia	-,398	-,107
	Existência de Material Terapêutico	,055	,415
	Formação contínua e/ou formação em serviço	-,419	-,311
	Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?	,123	,855
	Trabalho de equipa multidisciplinar	-,397	-,082
	Reuniões regulares de equipa multidisciplinar	-,394	,369
4	Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta	,618	-,241
	Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários	-,656	-,866
	Satisfação com o Local e Condições de Trabalho	1,124	,292
5	Expetativas em relação à profissão	,029	-,844
	Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais	-,985	,055

Component Loadings

Set		Dimension	
		1	2
1	Intervenção em Grupo de Movimento/Algias(a,b)	,047	,066
	Intervenção em Grupo na Obesidade(a,b)	-,159	-,012
	Intervenção em Grupo na Diabetes(a,b)	-,226	,270
	Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,043	,363
	Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,146	,311
	Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,351	,052

	Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)(a,b)	,178	-,192
	Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,258	-,064
	Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,218	,131
	Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,004	,152
	Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)(a,b)	,072	-,083
	Fisioterapia Individual variável(a,b)	-,145	-,037
	Sessões de Educação para a Saúde no Ambulatório(a,b)	-,042	,058
	Intervenção no Cantinho da Amamentação(a,b)	,026	,196
	Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)(a,b)	,074	-,011
	Saúde Escolar(a,b)	,160	,284
	Fisioterapia em Meio Aquático(a,b)	,189	,223
	Sessões de Educação para a Saúde na Comunidade(a,b)	,052	,312
	Grupo de Movimento para Idosos na Comunidade(a,b)	-,272	,193
2	Prioridade: Intervenção em Grupo de Movimento/Algias(a,b)	-,061	-,394
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Obesidade(a,b)	,058	-,574
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Diabetes(a,b)	-,300	-,177
	Prioridade: Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)(a,b)	,308	,055
	Prioridade: Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)(a,b)	,358	-,154
	Prioridade: Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,412	-,042
	Prioridade: Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,243	-,064

	Prioridade: Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,243	-,064
	Prioridade: Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)(a,b)	-,168	,239
	Prioridade: Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)(a,b)	,076	-,358
	Prioridade: Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)(a,b)	,148	-,022
	Prioridade: Fisioterapia Individual variável(a,b)	,142	,023
	Prioridade: Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)(a,b)	-,057	,329
	Prioridade: Saúde Escolar(a,b)	,022	,115
	Prioridade: Fisioterapia em Meio Aquático(a,b)	-,224	-,060
	Prioridade: Sessões de Educação para a Saúde (Global)(a,b)	,088	-,358
	Prioridade: Promoção e Prescrição da Actividade/Exercício Físico(a,b)	-,131	-,256
	Prioridade: Intervenção no Cantinho da Amamentação(a,b)	-,171	-,089
3	Existência de instalações para intervenção de Fisioterapia(a,b)	-,154	-,305
	Existência de Material Terapêutico(a,b)	-,216	,033
	Formação contínua e/ou formação em serviço(a,b)	-,332	-,030
	Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?(a,b)	,209	,636
	Trabalho de equipa multidisciplinar(a,b)	-,481	,105
	Reuniões regulares de equipa multidisciplinar(a,b)	-,543	,317
4	Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta(c,b)	,233	-,563
	Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários(c,b)	,096	-,799

5	Satisfação com o Local e Condições de Trabalho(c,b)	,704	-,098
	Expetativas em relação à profissão(a,b)	,020	-,844
	Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais(a,b)	-,985	,047

a Optimal Scaling Level: Single Nominal

b Projections of the Single Quantified Variables in the Object Space

c Optimal Scaling Level: Ordinal

Fit

Set	Multiple Fit			Single Fit			Single Loss			
	Dimension		Sum	Dimension		Sum	Dimension		Sum	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	
1	Intervenção em Grupo de Movimento/Algias(a)	,410	,893	1,303	,410	,893	1,303	,000	,000	,000
	Intervenção em Grupo na Obesidade(a)	,188	,419	,607	,188	,419	,607	,000	,000	,000
	Intervenção em Grupo na Diabetes(a)	,057	,431	,488	,057	,431	,488	,000	,000	,000
	Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)(a)	,088	,072	,161	,088	,072	,161	,000	,000	,000
	Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)(a)	,068	,002	,069	,068	,002	,069	,000	,000	,000
	Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)(a)	,055	1,663	1,719	,055	1,663	1,719	,000	,000	,000
	Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)(a)	,435	,711	1,145	,435	,711	1,145	,000	,000	,000
	Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)(a)	,854	,641	1,494	,854	,641	1,494	,000	,000	,000
	Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)(a)	1,842	,125	1,967	1,842	,125	1,967	,000	,000	,000
	Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)(a)	,463	,029	,492	,463	,029	,492	,000	,000	,000
	Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)(a)	,006	,073	,079	,006	,073	,079	,000	,000	,000
	Fisioterapia Individual variável(a)	,841	,367	1,208	,841	,367	1,208	,000	,000	,000
	Sessões de Educação para a Saúde no Ambulatório(a)	,251	,049	,299	,251	,049	,299	,000	,000	,000
	Intervenção no Cantinho da Amamentação(a)	3,714	1,419	5,132	3,714	1,419	5,132	,000	,000	,000
	Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECI)(a)	,330	1,093	1,423	,330	1,093	1,423	,000	,000	,000

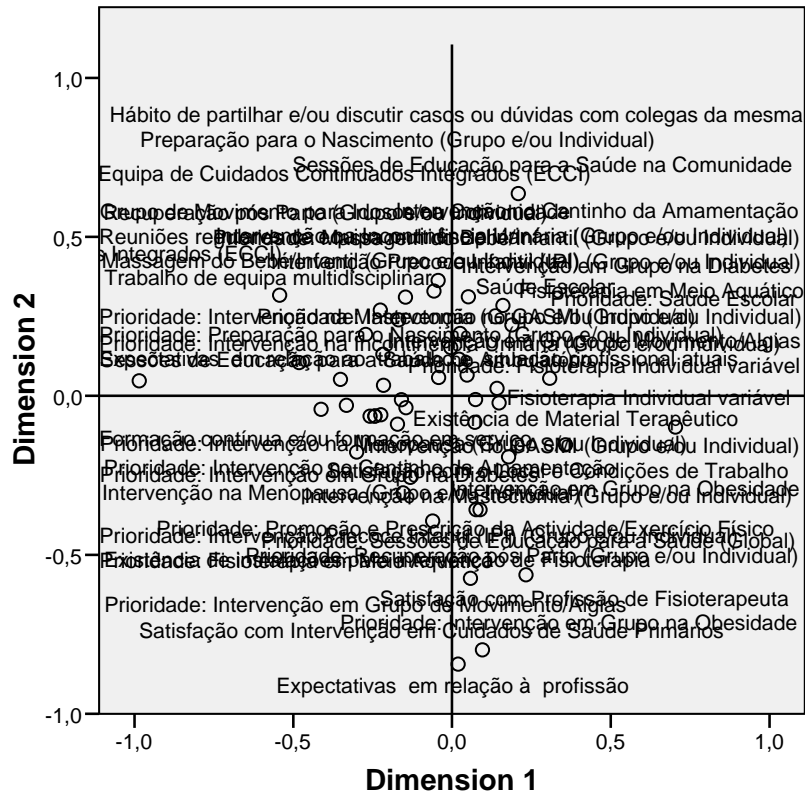
	Saúde Escolar(a)	,464	,008	,472	,464	,008	,472	,000	,000	,000
	Fisioterapia em Meio Aquático(a)	1,201	1,060	2,262	1,201	1,060	2,262	,000	,000	,000
	Sessões de Educação para a Saúde na Comunidade(a)	,000	1,442	1,443	,000	1,442	1,443	,000	,000	,000
	Grupo de Movimento para Idosos na Comunidade(a)	,213	,159	,372	,213	,159	,372	,000	,000	,000
2	Prioridade: Intervenção em Grupo de Movimento/Algias(a)	,017	,503	,520	,017	,503	,520	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Obesidade(a)	,082	,760	,843	,082	,760	,843	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção em Grupo na Diabetes(a)	1,321	1,022	2,342	1,321	1,022	2,342	,000	,000	,000
	Prioridade: Preparação para o Nascimento (Grupo e/ou Individual)(a)	,703	,585	1,287	,703	,585	1,287	,000	,000	,000
	Prioridade: Recuperação pós Parto (Grupo e/ou Individual)(a)	3,685	,646	4,331	3,685	,646	4,331	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção na Incontinência Urinária (Grupo e/ou Individual)(a)	1,432	,048	1,479	1,432	,048	1,479	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção na Mastectomia (Grupo e/ou Individual)(a)	,001	,011	,012	,001	,011	,012	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção na Menopausa (Grupo e/ou Individual)(a)	1,313	,458	1,772	1,313	,458	1,772	,000	,000	,000
	Prioridade: Massagem do Bebê/Infantil (Grupo e/ou Individual)(a)	,101	,032	,133	,101	,032	,133	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção Precoce Infantil (IPI) (Grupo e/ou Individual)(a)	,514	1,081	1,594	,514	1,081	1,594	,000	,000	,000
	Prioridade: Intervenção no GASMI (Grupo e/ou Individual)(a)	1,480	,456	1,936	1,480	,456	1,936	,000	,000	,000
	Prioridade: Fisioterapia Individual variável(a)	1,045	,740	1,785	1,045	,740	1,785	,000	,000	,000
	Prioridade: Fisioterapia no Domicílio/Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)(a)	,038	,128	,166	,038	,128	,166	,000	,000	,000
	Prioridade: Saúde Escolar(a)	1,148	,179	1,326	1,148	,179	1,326	,000	,000	,000
	Prioridade: Fisioterapia em Meio Aquático(a)	,010	,098	,108	,010	,098	,108	,000	,000	,000
	Prioridade: Sessões de Educação para a Saúde (Global)(a)	1,626	,340	1,966	1,626	,340	1,966	,000	,000	,000
	Prioridade: Promoção e Prescrição da Actividade/Exercício Físico(a)	,102	,061	,163	,102	,061	,163	,000	,000	,000

	Prioridade: Intervenção no Cantinho da Amamentação(a)	,141	,273	,414	,141	,273	,414	,000	,000	,000
3	Existência de instalações para intervenção de Fisioterapia(a)	,159	,011	,170	,159	,011	,170	,000	,000	,000
	Existência de Material Terapêutico(a)	,003	,172	,175	,003	,172	,175	,000	,000	,000
	Formação contínua e/ou formação em serviço(a)	,176	,098	,274	,176	,097	,272	,001	,001	,002
	Hábito de partilhar e/ou discutir casos ou dúvidas com colegas da mesma profissão?(a)	,016	,731	,747	,015	,731	,746	,001	,000	,001
	Trabalho de equipa multidisciplinar(a)	,158	,007	,164	,158	,007	,164	,000	,000	,000
	Reuniões regulares de equipa multidisciplinar(a)	,155	,136	,291	,155	,136	,291	,000	,000	,000
4	Satisfação com Profissão de Fisioterapeuta(b)	,383	,059	,441	,382	,058	,440	,001	,001	,002
	Satisfação com Intervenção em Cuidados de Saúde Primários(b)	,432	,751	1,183	,430	,750	1,181	,002	,001	,003
	Satisfação com o Local e Condições de Trabalho(b)	1,279	,110	1,389	1,264	,085	1,349	,015	,025	,040
5	Expetativas em relação à profissão(a)	,003	,713	,716	,001	,713	,714	,003	,000	,003
	Expetativas em relação ao trabalho e situação profissional atuais(a)	,971	,054	1,025	,971	,003	,974	,000	,051	,051

a Optimal Scaling Level: Single Nominal

b Optimal Scaling Level: Ordinal

Component Loadings

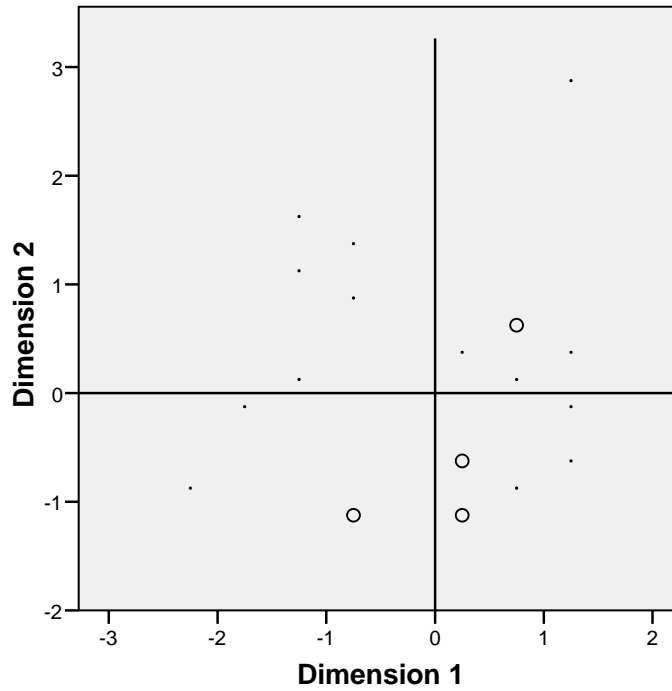


Object Scores

	Dimension	
	1	2
1	-0,878	1,271
2	,330	-1,151
3	-1,447	,156
4	-,591	-1,142
5	,034	-1,104
6	1,181	-,854
7	,815	-,667
8	-,691	,845
9	1,217	2,750
10	1,213	-,352
11	,771	,409
12	-1,244	1,080
13	,311	-,706
14	1,122	,322
15	,188	,326
16	-,540	-1,313
17	,907	,033
18	-1,616	,038
19	-1,372	1,797

20	,794	,439
21	,433	-,523
22	-2,355	-,977

Object Scores



Cases weighted by number of objects.

Cluster

Case Processing Summary(a,b)

Cases					
Valid		Missing		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent
22	100,0	0	,0	22	100,0

a Squared Euclidean Distance used

b Average Linkage (Between Groups)

Average Linkage (Between Groups)

Agglomeration Schedule

Stage	Cluster Combined		Coefficients	Stage Cluster First Appears		Next Stage
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 1	Cluster 2

1	11	20	,001	0	0	6
2	4	16	,032	0	0	18
3	3	18	,043	0	0	17
4	13	21	,048	0	0	12
5	2	5	,090	0	0	12
6	11	14	,126	1	0	7
7	11	17	,156	6	0	13
8	6	7	,169	0	0	10
9	1	12	,171	0	0	11
10	6	10	,255	8	0	15
11	1	8	,289	9	0	14
12	2	13	,334	5	4	15
13	11	15	,551	7	0	16
14	1	19	,807	11	0	17
15	2	6	,857	12	10	16
16	2	11	1,538	15	13	18
17	1	3	1,769	14	3	19
18	2	4	2,852	16	2	20
19	1	22	5,192	17	0	20
20	1	2	6,291	19	18	21
21	1	9	11,737	20	0	0

Cluster Membership

Case	3 Clusters	2 Clusters
1	1	1
2	2	1
3	1	1
4	2	1
5	2	1
6	2	1
7	2	1
8	1	1
9	3	2
10	2	1
11	2	1
12	1	1
13	2	1
14	2	1
15	2	1
16	2	1
17	2	1
18	1	1
19	1	1
20	2	1
21	2	1
22	1	1

Apêndice J – Estatística Multivariada dos Utentes de Fisioterapia – Outputs do SPSS

Overals

Credit

OVERALS Version 1.0 by Data Theory Scaling System Group (DTSS) Faculty of Social and Behavioral Sciences Leiden University, The Netherlands
--

Case Processing Summary

Cases Used in Analysis	113
------------------------	-----

List of Variables

Set	Number of Categories	Optimal Scaling Level
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente	5 Single Nominal
	Local onde faz Fisioterapia	3 Single Nominal
	Tipo de Fisioterapia	3 Single Nominal
	Tempo de Fisioterapia	7 Ordinal
	Frequência das sessões de Fisioterapia	3 Ordinal
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia	4 Ordinal
	Satisfação com o Fisioterapeuta	4 Ordinal
	Satisfação com o Centro de Saúde	4 Ordinal
3	Tempo Esperado de Fisioterapia	7 Single Nominal
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema	2 Single Nominal
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema	2 Single Nominal
	Resultados Esperados: C) Manter o estado	2 Single Nominal
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas	2 Single Nominal

Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde	2	Single Nominal
---	---	----------------

Summary of Analysis

		Dimension		Sum
		1	2	1
Loss	Set 1	,250	,299	,549
	Set 2	,201	,581	,783
	Set 3	,362	,233	,595
	Mean	,271	,371	,642
Eigenvalue		,729	,629	
Fit				1,358

Weights

		Dimension	
Set		1	2
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente	,118	-,737
	Local onde faz Fisioterapia	-,002	-,384
	Tipo de Fisioterapia	,405	,029
	Tempo de Fisioterapia	,119	-,162
	Frequência das sessões de Fisioterapia	,116	,121
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia	,318	-,251
	Satisfação com o Fisioterapeuta	-,107	,119
	Satisfação com o Centro de Saúde	-,127	,596
3	Tempo Esperado de Fisioterapia	-,680	,152
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema	-1,490	-,164
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema	-1,550	,084
	Resultados Esperados: C) Manter o estado	-1,349	,223
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas	-,091	-,087
	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde	-,552	-,806

Component Loadings

Set		Dimension	
		1	2
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente(a,b)	,180	-,743
	Local onde faz Fisioterapia(a,b)	-,026	-,258
	Tipo de Fisioterapia(a,b)	,387	,062
	Tempo de Fisioterapia(c,b)	,160	-,391
	Frequência das sessões de Fisioterapia(c,b)	,102	-,139
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia(c,b)	,216	,067
	Satisfação com o Fisioterapeuta(c,b)	-,019	,227
	Satisfação com o Centro de Saúde(c,b)	-,022	,526
3	Tempo Esperado de Fisioterapia(a,b)	-,472	,367
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema(a,b)	-,424	-,232
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema(a,b)	-,142	,138
	Resultados Esperados: C) Manter o estado(a,b)	-,389	,148
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas(a,b)	-,166	-,401
	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde(a,b)	-,349	-,860

a Optimal Scaling Level: Single Nominal

b Projections of the Single Quantified Variables in the Object Space

c Optimal Scaling Level: Ordinal

Fit

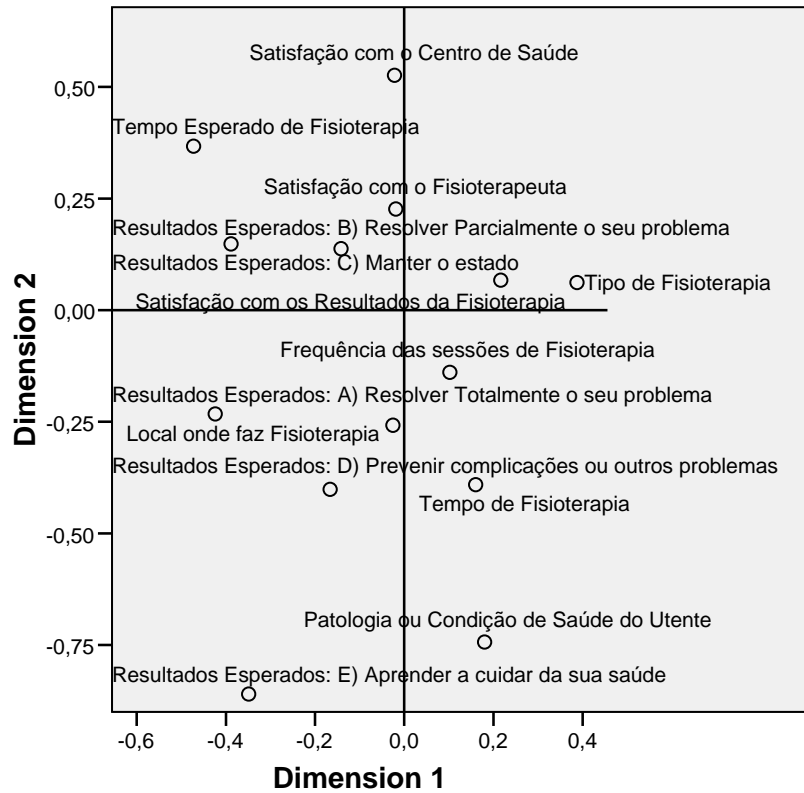
Set		Multiple Fit			Single Fit			Single Loss		
		Dimension		Sum	Dimension		Sum	Dimension		Sum
		1	2	1	2	1	2	1	2	1
1	Patologia ou Condição de Saúde do Utente(a)	,033	,543	,577	,014	,543	,557	,020	,000	,020
	Local onde faz Fisioterapia(a)	,000	,148	,148	,000	,148	,148	,000	,000	,000
	Tipo de Fisioterapia(a)	,164	,001	,165	,164	,001	,165	,000	,000	,000
	Tempo de Fisioterapia(b)	,019	,044	,062	,014	,026	,041	,005	,017	,022

	Frequência das sessões de Fisioterapia(b)	,014	,015	,029	,013	,015	,028	,000	,000	,001
2	Satisfação com os Resultados da Fisioterapia(b)	,101	,063	,164	,101	,063	,164	,000	,000	,000
	Satisfação com o Fisioterapeuta(b)	,011	,014	,026	,011	,014	,026	,000	,000	,000
	Satisfação com o Centro de Saúde(b)	,035	,364	,399	,016	,356	,372	,019	,008	,027
3	Tempo Esperado de Fisioterapia(a)	,464	,041	,504	,463	,023	,486	,001	,018	,019
	Resultados Esperados: A) Resolver Totalmente o seu problema(a)	2,219	,027	2,246	2,219	,027	2,246	,000	,000	,000
	Resultados Esperados: B) Resolver Parcialmente o seu problema(a)	2,403	,007	2,410	2,403	,007	2,410	,000	,000	,000
	Resultados Esperados: C) Manter o estado(a)	1,819	,050	1,869	1,819	,050	1,869	,000	,000	,000
	Resultados Esperados: D) Prevenir complicações ou outros problemas(a)	,008	,007	,016	,008	,007	,016	,000	,000	,000
	Resultados Esperados: E) Aprender a cuidar da sua saúde(a)	,305	,650	,955	,305	,650	,955	,000	,000	,000

a Optimal Scaling Level: Single Nominal

b Optimal Scaling Level: Ordinal

Component Loadings



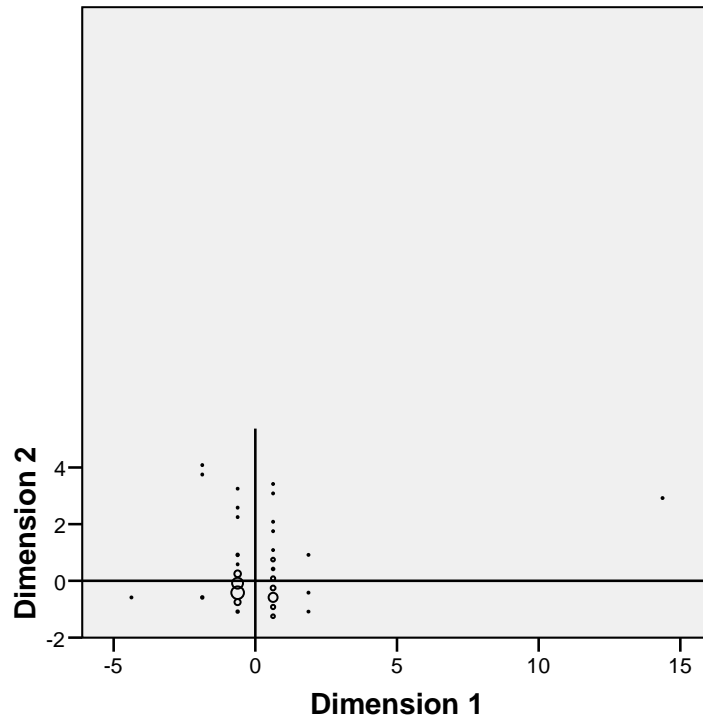
Object Scores

	Dimension	
	1	2
1	2,322	,866
2	,166	3,382
3	-,142	-,163
4	-,046	,112
5	-,219	,217
6	-,095	-,176
7	-,134	,310
8	-,366	-,538
9	-,315	-,368
10	-,315	-,368
11	-,131	,019
12	-,119	,016
13	1,147	-,578
14	-,107	-,160
15	,182	-1,146
16	-,124	-,974
17	-,025	-,551
18	,317	,360
19	-,248	-,466

20	-,315	-,447
21	-4,302	-,461
22	-,117	-,826
23	,177	-,948
24	,177	-,948
25	-,297	-,601
26	-1,529	-,452
27	-,114	-,214
28	-,216	-,496
29	-,270	-,122
30	,015	-,108
31	,294	,366
32	-,124	-,438
33	,834	-1,088
34	,048	-,557
35	-,069	,111
36	,256	-,925
37	,008	-,084
38	-,263	-,674
39	-,064	-,078
40	,034	-,738
41	-,101	,170
42	,202	,078
43	,283	-,119
44	-,083	-,806
45	1,937	-,400
46	,034	-,738
47	-,846	1,041
48	-,051	-,415
49	,888	-1,297
50	,436	-,526
51	,225	,072
52	,225	,072
53	,272	-,424
54	,146	-,652
55	-,306	-,450
56	-,224	-,644
57	-,484	,257
58	-,227	-,620
59	-,106	-,644
60	-,362	-,410
61	,291	-,952
62	,878	-,961
63	,003	-,729
64	,330	-,440
65	-,067	-,226
66	-,003	-,639
67	-,087	-,075
68	,609	2,163
69	-,094	-,262
70	,205	,714

71	,234	-,664
72	-,226	-,132
73	-,084	-,335
74	,348	-,107
75	,305	,701
76	-,590	-,295
77	,419	1,711
78	-,451	-,473
79	,001	,735
80	-,462	-,140
81	-,231	-,329
82	-,094	-,262
83	,143	-,652
84	,119	-,646
85	-1,558	-,485
86	,029	-,596
87	1,571	-,980
88	,324	,793
89	-,358	-,409
90	1,168	-1,138
91	-,028	-,230
92	-,223	-,076
93	-,399	,358
94	14,239	3,058
95	,043	,172
96	-,186	-,953
97	,775	1,235
98	-1,052	2,424
99	,487	3,245
100	-,803	3,122
101	,338	,181
102	,055	-,282
103	-,026	,181
104	-,087	,416
105	-,271	,028
106	-,226	-,132
107	-,141	-,555
108	-,105	,796
109	-,393	,695
110	,035	-,251
111	-1,554	3,693
112	-,375	2,244
113	-1,553	4,181

Object Scores



Cases weighted by number of objects.

Cluster

Case Processing Summary(a,b)

Cases					
Valid		Missing		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent
113	100,0	0	,0	113	100,0

a Squared Euclidean Distance used

b Average Linkage (Between Groups)

Average Linkage (Between Groups)

Agglomeration Schedule

Stage	Cluster Combined		Coefficients	Stage Cluster First Appears		Next Stage
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	72	106	,000	0	0	28
2	69	82	,000	0	0	34

3	51	52	,000	0	0	15
4	40	46	,000	0	0	19
5	23	24	,000	0	0	49
6	9	10	,000	0	0	33
7	54	83	,000	0	0	18
8	60	89	,000	0	0	33
9	20	55	,000	0	0	39
10	11	12	,000	0	0	60
11	6	14	,000	0	0	23
12	39	67	,001	0	0	45
13	4	35	,001	0	0	40
14	18	31	,001	0	0	83
15	42	51	,001	0	3	64
16	56	58	,001	0	0	30
17	30	37	,001	0	0	45
18	54	84	,001	7	0	50
19	40	63	,001	4	0	62
20	102	110	,001	0	0	68
21	22	44	,002	0	0	62
22	65	91	,002	0	0	34
23	3	6	,002	0	11	29
24	34	86	,002	0	0	38
25	36	61	,002	0	0	49
26	19	28	,002	0	0	56
27	26	85	,002	0	0	105
28	29	72	,002	0	1	31
29	3	27	,003	23	0	44
30	38	56	,003	0	16	42
31	29	92	,004	28	0	66
32	53	64	,004	0	0	65
33	9	60	,004	6	8	39
34	65	69	,004	22	2	44
35	16	96	,004	0	0	84
36	43	74	,004	0	0	75
37	95	103	,005	0	0	51
38	17	34	,005	0	24	43
39	9	20	,005	33	9	56
40	4	41	,005	13	0	51
41	32	48	,006	0	0	48
42	25	38	,006	0	30	61
43	17	66	,007	38	0	69
44	3	65	,008	29	34	63
45	30	39	,008	17	12	63
46	75	88	,009	0	0	55
47	59	107	,009	0	0	61
48	32	73	,010	41	0	78
49	23	36	,010	5	25	72
50	54	71	,010	18	0	69
51	4	95	,011	40	37	74
52	8	78	,012	0	0	67
53	7	104	,013	0	0	70

54	79	108	,015	0	0	81
55	70	75	,015	0	46	81
56	9	19	,016	39	26	59
57	57	93	,017	0	0	86
58	33	62	,018	0	0	79
59	9	81	,019	56	0	67
60	11	105	,021	10	0	66
61	25	59	,022	42	47	77
62	22	40	,023	21	19	73
63	3	30	,024	44	45	68
64	42	101	,026	15	0	75
65	50	53	,028	0	32	89
66	11	29	,028	60	31	76
67	8	9	,029	52	59	77
68	3	102	,030	63	20	76
69	17	54	,030	43	50	73
70	5	7	,036	0	53	74
71	76	80	,040	0	0	88
72	15	23	,045	0	49	85
73	17	22	,049	69	62	84
74	4	5	,052	51	70	87
75	42	43	,056	64	36	83
76	3	11	,056	68	66	87
77	8	25	,061	67	61	78
78	8	32	,069	77	48	88
79	33	49	,080	58	0	80
80	33	90	,111	79	0	95
81	70	79	,118	55	54	101
82	2	99	,122	0	0	104
83	18	42	,127	14	75	92
84	16	17	,138	35	73	85
85	15	16	,149	72	84	89
86	57	109	,157	57	0	96
87	3	4	,157	76	74	92
88	8	76	,179	78	71	93
89	15	50	,230	85	65	93
90	111	113	,238	0	0	108
91	68	77	,240	0	0	99
92	3	18	,242	87	83	96
93	8	15	,314	88	89	98
94	13	87	,342	0	0	95
95	13	33	,409	94	80	102
96	3	57	,470	92	86	98
97	98	112	,491	0	0	100
98	3	8	,587	96	93	105
99	68	97	,621	91	0	103
100	98	100	,751	97	0	104
101	47	70	1,100	0	81	103
102	13	45	1,217	95	0	106
103	47	68	1,545	101	99	107
104	2	98	1,910	82	100	108

105	3	26	2,404	98	27	106
106	3	13	2,542	105	102	107
107	3	47	2,978	106	103	109
108	2	111	3,245	104	90	110
109	1	3	7,087	0	107	110
110	1	2	13,643	109	108	111
111	1	21	19,993	110	0	112
112	1	94	214,983	111	0	0

Cluster Membership

Case	4 Clusters	3 Clusters	2 Clusters
1	1	1	1
2	2	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	3	2	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1
37	1	1	1
38	1	1	1

39	1	1	1
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	1	1
45	1	1	1
46	1	1	1
47	1	1	1
48	1	1	1
49	1	1	1
50	1	1	1
51	1	1	1
52	1	1	1
53	1	1	1
54	1	1	1
55	1	1	1
56	1	1	1
57	1	1	1
58	1	1	1
59	1	1	1
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	1	1	1
69	1	1	1
70	1	1	1
71	1	1	1
72	1	1	1
73	1	1	1
74	1	1	1
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	1	1	1

90	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	4	3	2
95	1	1	1
96	1	1	1
97	1	1	1
98	2	1	1
99	2	1	1
100	2	1	1
101	1	1	1
102	1	1	1
103	1	1	1
104	1	1	1
105	1	1	1
106	1	1	1
107	1	1	1
108	1	1	1
109	1	1	1
110	1	1	1
111	2	1	1
112	2	1	1
113	2	1	1