

UNIVERSIDADE ABERTA

VI CURSO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ”

– Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas –

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre

Pedro Jorge Lapa Rebelo

JÚRI

Doutora Maria Natália Pereira Ramos

Doutor Jorge Correia Jesuíno

Doutor Luís Miguel Vicente Afonso Neto

30 de Julho de 2008

UNIVERSIDADE ABERTA
VI CURSO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ”

– Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas –

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre

Orientador: *Prof. Doutor Jorge Correia Jesuíno*

Pedro Jorge Lapa Rebelo
30 de Julho de 2008

**À Paula, à Madalena e à Família
que sempre me apoiaram nesta
caminhada!**

AGRADEÇO...

- Ao Professor Catedrático Jorge Correia Jesuíno, pela sua sapiência no decorrer do mestrado, pelas suas pertinentes orientações na fase de projecto, e fundamentalmente, pelo seu lado humano e paciência em continuar a ser meu Orientador.
- A Fontaine & Coimbra pela autorização para uso e aplicação da “Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993”.
- À Direcção da Escola Superior de Saúde de Tecnologia da Saúde de Lisboa, por ter permitido a realização deste trabalho, pelo apoio e compreensão manifestado ao longo do tempo.
- À Associação Portuguesa de Fisioterapeutas por ter permitido a realização deste trabalho, assim como a todos sócios que nele participaram.
- Ao Prof. Doutor David Tavares, sociólogo, pelos seus pertinentes conselhos na revisão final da tese.
- À Prof. Doutora, Margarida Santos, psicóloga, pela sua disponibilidade e pelos acrescentos na revisão final da tese.
- Ao amigo, Dr. Rui Carlos Raposo de Carvalho, licenciado em línguas e literatura moderna, pelas suas sugestões e correcções na revisão final da tese.
- À mestre Isabel Coutinho e Beatriz Fernandes, fisioterapeutas e colegas docentes, pelo seu apoio, incentivo e conhecimento disponível através das suas teses de mestrado.
- Ao mestre António Lopes, fisioterapeuta, que muito me ajudou a construir a história da fisioterapia.
- Ao mestre Nuno Machado, sociólogo, por todo o ensinamento na fase de construção do projecto de investigação.
- À mestre Elisabete Carolino, pelo esclarecimento sobre os conteúdos estatísticos.
- À Dr.^a Rute Roda, psicóloga, pelo apoio no tratamento estatístico.
- À Família, Amigos, Colegas e Participantes, por todo apoio directo e indirecto na realização desta investigação.
- E por fim, à Paula, minha alma gémea e à Madalena, a nossa melhor investigação.

Obrigado!

RESUMO

A diversidade de estudos no contexto da eficácia, particularmente a variedade de abordagens e de modelos de funcionamento, parece apontar para a coexistência no meio da comunidade científica de diferentes panoramas e representações de eficácia. (Lourenço et al., 2000; Lourenço, 2002). O conceito de Eficácia tem sido alvo de diferentes definições e operacionalizações ao longo do tempo. Já na década de oitenta houve diversas iniciativas, verificando-se actualmente um crescente interesse por esta área de estudo, resultando num forte contributo para compreensão e operacionalização do conceito de Eficácia, assim como também para o conceito de Auto-Eficácia e em grande parte devido aos trabalhos de Bandura com a Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1977, 1986, 1997).

Quando se centra a pesquisa na área de conhecimento dirigida à fisioterapia, tendo como população alvo os profissionais de saúde em geral, os fisioterapeutas em particular, os estudos já são mais escassos. Efectivamente, foi da análise reflectida sobre a realidade do reconhecimento social de eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas, precariamente manifestado aquando dos momentos de decisão de política social, que incide a decisão na escolha deste tema de estudo. De facto, era pertinente que, para além dos Fisioterapeutas na sua percepção de Auto-Eficácia, se obtivessem as opiniões dos Profissionais de Saúde sobre a percepção de Eficácia face à Fisioterapia e aos Fisioterapeutas.

Os fisioterapeutas constituem um grupo profissional, relativamente recente nas organizações de saúde, apesar de algumas das suas práticas terem uma raiz ancestral, só na década de oitenta é que encetaram o seu processo de profissionalização. A sua identidade, o seu corpo de saberes muito próprio e dominado na sua totalidade apenas pelos próprios fisioterapeutas, tem evoluído ao longo dos tempos, sendo que a sua afirmação social e reconhecimento, é reconhecida pelos seus utentes, manifestando um inegável contributo para melhoria da funcionalidade e qualidade de vida das populações.

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo de carácter exploratório, investigação do tipo misto, qualitativo e descritivo simples, como também quantitativo sujeito a uma análise descritiva simples por frequências. A amostragem por conveniência foi a utilizada, resultando num grupo de 93 profissionais de saúde não fisioterapeutas e 242 fisioterapeutas.

O presente trabalho tem como objecto de estudo analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, do mesmo modo que procura uma relação entre a percepção de ambos os grupos.

A recolha de dados foi baseada na aplicação de dois questionários (ambos construídos para o estudo) e na aplicação do Instrumento para o estudo da Auto-Eficácia, versão adaptada para Português por Coimbra e Fontaine da “*Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993*” (1999).

O estudo indica que se pode concluir que existe uma forte tendência para o reconhecimento de uma atitude positiva face à eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas, quer esta atitude seja percebida pelos outros, quer pelos próprios.

Da análise dos resultados mais em pormenor, pode-se concluir que, as atitudes são moderadamente satisfatórias, suportadas num bom nível de conhecimento sobre a fisioterapia e os cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta. Quanto à eficácia dos fisioterapeutas, os resultados indicam que os indivíduos Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia estão moderadamente ou muito satisfeitos com a Eficácia do Fisioterapeuta. Aliás, estes resultados são reforçados quando a amostra concordam recomendar ou concordam fortemente recomendar o seu fisioterapeuta.

Os fisioterapeutas submetidos à aplicação da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida, apresentam um valor médio de 30,64 para percepção de Auto-eficácia (com um desvio padrão de 3,550). Assim, concluiu-se que os fisioterapeutas apresentam um elevado índice de percepção de Auto-eficácia quando comparados como os resultados encontrados por Schwarzer, apesar da diversidade entre as catorze culturas e de género que os estudos evidenciam (2007).

De modo geral, a opinião que os Fisioterapeutas revelam sobre as suas capacidades e percepção de auto eficácia, encontra concordância na opinião que os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas demonstram sobre a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas.

Espera-se ter deixado um contributo leal para o estudo das representações sociais da fisioterapia e dos fisioterapeutas. Considera-se que se alcançou os objectivos propostos no início da investigação, apesar de algumas limitações encontradas no decorrer do processo, tais como o facto de se trabalhar com uma amostra de dimensão reduzida, por conveniência e a reduzida referência bibliográfica publicada sobre este assunto. Aliás, “*a investigação é, porém, uma tarefa infinita, uma série interminável de caixas negras que ora se abrem, ora se fecham.*” (Jesuino, 2004).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APF – Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
- CPLF EU – Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas da União Europeia
- DESE – Diploma de Estudos Superiores Especializados
- D.L. – Decreto-lei
- D.R. – Diário da República
- DRHS – Direcção de Recursos Humanos da Saúde
- ECTS – European Credits Transfer System
- ESSA – Escola Superior de Saúde do Alcoitão
- ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- E.U.A. – Estados Unidos da América
- EU-WCPT – European Region of World Confederation for Physical Therapy
- Ft. – Fisioterapeuta
- IPL – Instituto Politécnico de Lisboa
- QAA – Quality Assurance Agency
- SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- SFP – Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses
- TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
- WCPT – World Confederation for Physical Therapy
- UK – United Kingdom
- p. ex. – Páginas
- pp – Páginas

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	13
1. REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1. ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DOS GRUPOS PROFISSIONAIS	20
1.2. EVOLUÇÃO DAS PROFISSÕES DA SAÚDE	22
1.3. GÉNESE DA FISIOTERAPIA EM PORTUGAL	24
1.4. ATITUDES	43
1.4.1. Conceito de Atitude	43
1.4.2. Formação de Atitudes	45
1.4.3. Avaliação das Atitudes	47
1.4.4. Percepção de Atitudes	48
1.5. OPINIÕES	49
1.6. ABORDAGEM DA NOÇÃO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL	52
1.7. EXPECTATIVAS	58
1.8. EFICÁCIA	60
1.9. AUTO-EFICÁCIA	65
1.10. AUTONOMIA E REGULAÇÃO PROFISSIONAL	67
2. METODOLOGIA	73
2.1. Tipo de Investigação	73
2.2. Formulação do Problema	74
2.3. Objectivos e Questões de Investigação	75
2.4. Variáveis em Estudo	76
2.5. Processo de Amostragem	76
2.6. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados	77
3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	83
3.1. Caracterização da Amostra	83
3.2. Dimensão Atitudes dos Profissionais de Saúde	89
3.2.1. Sub-dimensão Eficácia da Fisioterapia	90
3.2.2. Sub-dimensão Eficácia do Fisioterapeuta	94
3.2.3. Sub-dimensão Autonomia Profissional	95
3.2.4. Sub-dimensão Regulação Profissional	98
3.3. Dimensão Auto-Eficácia Generalizada Percebida da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas	102
3.4. Análise Comparativa da Eficácia e da Auto-Eficácia da Fisioterapia e do Fisioterapeuta	103
3.5. Dados Psicométricos da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida	104
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
4.1. Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia	109
4.2. Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia do Fisioterapeuta	112
4.3. Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Autonomia Profissional do Fisioterapeuta	113
4.4. Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Regulação Profissional da Fisioterapia	117
4.5. Auto-Eficácia Generalizada Percebida da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas	121
4.6. Análise Comparativa da Eficácia e da Auto-Eficácia da Fisioterapia e do Fisioterapeuta	123
4.7. Dados Psicométricos da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida	124
CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
OUTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	137
LEGISLAÇÃO PORTUGUESA CONSULTADA	138
ANEXOS E APÊNDICES	139

INDICE DE TABELAS

Tabela 3.1 – Caracterização da amostra segundo o género	84
Tabela 3.2 – Caracterização da amostra segundo a idade	85
Tabela 3.3 – Caracterização da amostra segundo a profissão	85
Tabela 3.4 – Caracterização da amostra segundo a situação profissional	86
Tabela 3.5 – Caracterização da amostra segundo o tempo de exercício profissional	87
Tabela 3.6 – Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas	87
Tabela 3.7 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo o momento em que recorreu aos serviços de fisioterapia	88
Tabela 3.8 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo o serviço de saúde a que recorreu	88
Tabela 3.9 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo a percepção de Eficácia e a Recomendação da Fisioterapia e do Fisioterapeuta	90
Tabela 3.10 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo a percepção de Eficácia da Fisioterapia	90
Tabela 3.11 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo a percepção em Recomendar a Fisioterapia	91
Tabela 3.12 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas segundo o Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento sobre a Fisioterapia	91
Tabela 3.13 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas segundo o Grau que atribui à Eficácia da Fisioterapia	92
Tabela 3.14 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas segundo o Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento sobre os Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta	92
Tabela 3.15 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Grau que atribui à Eficácia dos Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta	92
Tabela 3.16 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas segundo o Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes	93
Tabela 3.17 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas segundo o Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes – Justificação	93
Tabela 3.18 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo a percepção de Eficácia do Fisioterapeuta	94
Tabela 3.19 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo a percepção em Recomendar o Fisioterapeuta	94
Tabela 3.20 – Caracterização da amostra segundo o número (n) de indivíduos que manifestaram a sua opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar	95
Tabela 3.21 – Teste <i>Qui-quadrado</i>	95
Tabela 3.22 – Caracterização da amostra segundo a opinião dos inquiridos sobre a opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar	96
Tabela 3.23 – Caracterização da amostra segundo o número (n) de indivíduos que manifestaram a sua opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Privada	97
Tabela 3.24 – Teste <i>Qui-quadrado</i>	97
Tabela 3.25 – Caracterização da amostra segundo a opinião dos inquiridos sobre a opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Privada	97
Tabela 3.26 – Caracterização da amostra segundo a opinião dos inquiridos face à Regulação Profissional do fisioterapeuta	98
Tabela 3.27 – Caracterização da amostra segundo o número (n) de indivíduos que manifestaram a sua opinião face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"	99
Tabela 3.28 – Teste <i>Qui-quadrado</i>	100
Tabela 3.29 – Caracterização da amostra segundo a opinião dos inquiridos face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"	100
Tabela 3.30 – Caracterização da amostra segundo a razão pela qual os inquiridos discordam face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"	101
Tabela 3.31 – Índice da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida	102
Tabela 3.32 – Caracterização da amostra segundo comparação do Índice de Auto-Eficácia Generalizada	103

Percebida segundo género masculino/feminino	
Tabela 3.33 – Caracterização da amostra segundo a análise comparativa da Eficácia e da Auto-Eficácia da fisioterapia e do fisioterapeuta	103
Tabela 3.34 – Coeficiente de Consistência Interna de <i>Cronbach</i> da “Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida”	104
Tabela 3.35 – Coeficiente de correlação de cada item com o total (índice geral) da “Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida”	105
Tabela 3.36 – Análise Factorial de Componentes Principais com Rotação Ortogonal Varimax, forçando 1 Factor (Unidimensional)	106

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Caracterização da amostra fisioterapeutas segundo a idade	85
Gráfico 3.2 – Caracterização da amostra segundo a situação profissional	86
Gráfico 3.3 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas enquanto utente de fisioterapia	88
Gráfico 3.4 – Caracterização da amostra não fisioterapeutas, enquanto utente de fisioterapia, segundo quem indicou a necessidade de fisioterapia	89
Gráfico 3.5 – Médias da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida	102

INTRODUÇÃO

A diversidade de estudos no contexto da eficácia, particularmente a variedade de abordagens e de modelos de funcionamento, parece apontar para a coexistência no meio da comunidade científica de diferentes panoramas e representações de eficácia. Resultando de opções metodológicas e conceptuais diferentes, cada investigador propõe, na linguagem que lhe é própria, uma distinta forma de identificar, descrever, explicar e medir a eficácia (Lourenço et al., 2000; Lourenço, 2002). Esta variedade de perspectivas encontrada sugere, de alguma forma, estar associada ao facto de vários campos do conhecimento se debruçarem sobre esta problemática (Morin et al., 1994; Carvalho & Gomes, 2000) e traduz, especialmente, diferentes formas de olhar para um grupo, que remetem para diferentes abordagens organizacionais e metáforas que as sustentam.

De facto, a eficácia de um grupo tende a ser observada, umas vezes numa perspectiva de processo racional, centrada sobre os resultados ou a concretização de objectivos, sendo medida pela realização de tarefas, desempenho, eficiência, produtividade, rendimento ou performance; outras vezes, numa perspectiva de processos internos, dando relevo a critérios como a satisfação dos membros do grupo/equipa, a qualidade de vida ou a intensidade da experiência afectiva; outras ainda, segundo uma perspectiva sistémica que realça a sobrevivência ou a viabilidade de um grupo/equipa de trabalho e é medida por critérios como o comprometimento ou implicação grupal, a perpetuidade ou o desejo de permanecer no grupo; ou, finalmente, numa perspectiva política, centrada na satisfação das necessidades dos seus constituintes mais importantes, satisfação dos clientes, enfatizando critérios que associam as relações do grupo/equipa com o exterior (Lourenço et al, 2000).

A multiplicidade de posições, de modelos e perspectivas assinaladas, parecem deste modo sugerir a existência não de uma, mas de várias eficácias, revelando deste modo a complexidade do problema e levando à necessidade de questionar e aprofundar o significado do próprio conceito. Deverá o mesmo ser perspectivado numa lógica que tende para o consenso e para a objectividade, ou a sua própria natureza remete para a conflitualidade e para uma forte componente inter subjectiva. A multiplicidade de representações significa diversidade do conceito (presença de diversas eficácias) ou

remete para multi dimensionalidade (uma mesma eficácia comportando múltiplas dimensões) (Lourenço et al, 2000).

De facto, o conceito de Eficácia tem sido alvo de diferentes definições e operacionalizações ao longo do tempo. Já na década de oitenta houve diversas iniciativas, verificando-se actualmente um crescente interesse por esta área de estudo, resultando num forte contributo para compreensão e operacionalização do conceito de Eficácia, assim como também para o conceito de Auto-Eficácia e em grande parte devido aos trabalhos de Bandura com a Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1977, 1986, 1997).

Contudo, quando se centra a pesquisa na área de conhecimento que, dirigida à fisioterapia e tendo como população alvo os profissionais de saúde em geral, os fisioterapeutas em particular, os estudos já são mais escassos. Efectivamente, foi da análise reflectida sobre a realidade do reconhecimento social de eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas, precariamente manifestado aquando dos momentos de decisão de política social, que incide a decisão na escolha deste tema de estudo. De facto, era pertinente e indispensável que, para além dos Fisioterapeutas na sua percepção de Auto-Eficácia, se obtivesse as opiniões dos Profissionais de Saúde sobre a percepção de Eficácia face à Fisioterapia e aos Fisioterapeutas.

Deste modo, inicia-se uma pesquisa bibliográfica mais direccionada para o estudo da Eficácia e Auto-Eficácia em geral, procurando trabalhos mais específicos e adequados ao tema em estudo. É dedicada especial atenção à tentativa de explicação da diversidade de razões sócio-históricas, epistemológicas e sócio-organizacionais, que interferem no reconhecimento da fisioterapia como uma profissão autónoma e auto-regulável.

Sistematiza-se alguns factores chave que se aceitam como integrantes de uma definição actual de fisioterapia e de fisioterapeuta, à luz da legislação em vigor e referencias bibliográficas consultadas, procurando aprofundar o estudo da revisão da literatura portuguesa sobre a fisioterapia e sobre os fisioterapeutas, numa tentativa de estudar e compreender a evolução das profissões de saúde em Portugal, em particular a evolução da fisioterapia, quer na perspectiva da formação, como também do exercício, enquadrando no que se entende, actualmente, a fisioterapia como disciplina científica, analisando-se o trajecto de profissionalização dos fisioterapeutas.

As áreas do conhecimento da psicologia, da sociologia, da psicologia social, ainda que abordados de uma forma sumária, são importantes para a compreensão global do estudo, sem as quais, o próprio estudo não teria suporte científico para a sua concepção e realização.

O entendimento da Fisioterapia é feito, em larga medida pelo reconhecimento dos factores que influenciaram a profissão no passado, os que a influenciam actualmente e os que virão a interferir no futuro (Schmoll, 1989). Os factores que influenciam a profissão podem dividir-se em factores que incluem os valores e princípios sociais, a evolução demográfica da população, as condições económicas, as orientações governamentais (legislação e regulamentação), as acções de organizações públicas e privadas, as políticas de saúde e os avanços tecnológicos e científicos, os estilos de vida e as práticas culturais.

Os fisioterapeutas constituem um grupo profissional, relativamente recente nas organizações de saúde, apesar de algumas das suas práticas terem uma raiz ancestral, só na década de oitenta é que encetaram o seu processo de profissionalização. A sua identidade, o seu corpo de saberes muito próprio e dominado na sua totalidade apenas pelos próprios fisioterapeutas, tem evoluído ao longo dos tempos, sendo que a sua afirmação social e reconhecimento, é reconhecida pelos seus utentes, manifestando um inegável contributo para melhoria da funcionalidade e qualidade de vida das populações.

Encetar um processo de auto análise profissional nem sempre é tarefa fácil. De facto, quando se olha ao espelho, a imagem que se vê reflectida é quase sempre diferente daquela que os outros percebem. Se por um lado, esta imagem pode vir de encontro com as exigências deste grupo profissional, por outro, seria interessante identificar as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não dos cuidados de fisioterapia e, por vezes parceiros de equipa, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

Este estudo caracteriza-se por ser um estudo de carácter exploratório, investigação do tipo misto, qualitativo e descritivo simples e também quantitativo sujeito a uma análise descritiva simples por frequências. De acordo com Carmo & Ferreira, as amostras não probabilísticas podem ser escolhidas tendo por base critérios de escolha intencional. A amostragem de conveniência pode ser utilizada num grupo de sujeitos que esteja disponível ou num grupo de voluntários. Por se tratar de uma amostra por conveniência não se poderá generalizar à população, mas podem recolher-se informações com muito valor. Assim, os dados obtidos e as conclusões a que se chega terão que ser utilizados com cautela e reserva (1998).

O presente trabalho tem como objecto de estudo analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, do mesmo modo procura uma relação entre a percepção de ambos os grupos. A definição do

problema sob a forma de questão tornou-se o ponto de partida. Este objectivo geral prende-se com três questões de investigação:

- *“Quais as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”*
- *“Qual a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”*
- *“Será que os níveis de Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas diferem dos níveis Percebidos pelos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”*

Pretende-se com este estudo identificar as atitudes de uma amostra de diferentes Profissionais de Saúde, constituída por Profissionais de Saúde distribuídos da seguinte forma: Técnicos de Cardiopneumologia, Dietistas, Técnicos de Farmácia, Ortopistas, Técnicos de Radiologia, e Técnicos de Radioterapia, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e um outro grupo, constituído por Profissionais de Saúde – Fisioterapeutas.

A recolha de dados foi baseada na aplicação de dois questionários, ambos com uma parte que caracteriza a amostra em estudo quanto aos dados sócio demográficos e uma outra que procuram estudar as Atitudes face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, bem como a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas. Estes instrumentos de avaliação, excepto a escala de auto-eficácia, foram concebidos pelos investigadores, dirigidos para o grupo de Profissionais de Saúde a estudar.

As respostas às questões abertas do instrumento foram submetidas à análise qualitativa temática do conteúdo através da técnica de análise de conteúdo. O Instrumento para o estudo da Auto-Eficácia corresponde a uma versão adaptada para Português por Coimbra e Fontaine da *“Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993”* (1999).

O estudo indica que se pode concluir que da análise e discussão dos resultados neste estudo, que tiveram em conta uma amostra total constituída por 335 Profissionais de Saúde, subdivididos em dois grupos: um constituído por 242 indivíduos Fisioterapeutas e um outro constituído por 93 profissionais de saúde Não Fisioterapeutas, de que na generalidade, existe uma forte tendência para o reconhecimento de uma atitude positiva face à eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas, quer esta atitude seja percebida pelos outros, quer pelos próprios fisioterapeutas.

Da análise dos resultados deste trabalho, mais em pormenor e considerando as questões de investigação de partida, pode-se concluir que, as atitudes são moderadamente satisfatórias, suportadas num bom nível de conhecimento sobre a fisioterapia e os cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta. Ainda nesta questão,

mas face eficácia dos fisioterapeutas, os resultados indicam que os indivíduos Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia estão moderadamente ou muito satisfeitos com a Eficácia do Fisioterapeuta. Aliás, estes resultados são reforçados quando “concordam” recomendar ou “concordam fortemente” recomendar o seu fisioterapeuta.

Quando se questionou a percepção de auto-eficácia dos fisioterapeutas, nos resultados encontrados, pode verificar-se que os fisioterapeutas, submetidos à aplicação da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida, apresentam um valor médio de 30,64 para percepção de Auto-eficácia (com um desvio padrão de 3,550), sendo que esta escala oscila do valor 10 e um máximo de 40 e, quanto mais próximo do máximo maior é o nível de percepção de Auto-eficácia. Logo, parece que se pode concluir que os fisioterapeutas apresentam um elevado índice de percepção de Auto-eficácia quando comparados como os resultados encontrados por Schwarzer, apesar da diversidade entre as catorze culturas e de género que ambos os estudos evidenciam (2007).

Os profissionais de saúde não fisioterapeutas, demonstram uma atitude positiva face a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas. Do mesmo modo que, considerando os resultados à segunda questão, estes indicam que, o nível de auto eficácia percebido pelos fisioterapeutas é elevado, denotando um alto nível de confiança destes profissionais. De modo geral, a opinião que os Fisioterapeutas revelam sobre as suas capacidades e percepção de auto eficácia, nesta amostra, encontra concordância na opinião que os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas demonstram sobre a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas.

Espera-se ter deixado um contributo leal para o estudo das representações sociais da fisioterapia e dos fisioterapeutas. Considera-se que se alcançaram os objectivos propostos no início da investigação, apesar de algumas limitações encontradas no decorrer do processo, tais como o facto de se trabalhar com uma amostra de dimensão reduzida, por conveniência e a reduzida referência bibliográfica publicada sobre este assunto. Aliás, *“a investigação é, porém, uma tarefa infinita, uma série interminável de caixas negras que ora se abrem, ora se fecham.”* (Jesuino, 2004).

CAPITULO 1

Revisão de Literatura

Neste capítulo, enquadrado em quatro partes, é dedicada especial atenção à explicação da diversidade de razões sócio-históricas, epistemológicas e sócio-organizacionais, que interferem no reconhecimento da fisioterapia como uma profissão autónoma e auto-regulável, bem como à dificuldade em encontrar uma definição de consenso de fisioterapia. Sistematizam-se alguns factores chave que se aceitam como integrantes de uma definição actual, à luz da legislação em vigor e referencias bibliográficas consultadas.

A segunda parte deste capítulo, é dedicado à revisão da literatura portuguesa sobre a Fisioterapia e sobre os fisioterapeutas, numa tentativa de estudar e compreender a evolução das profissões de saúde em Portugal, em particular a evolução da fisioterapia, quer na perspectiva da formação, como também do exercício, enquadrando no que se entende, actualmente, a fisioterapia como disciplina científica, analisa-se o trajecto de profissionalização dos fisioterapeutas.

A terceira parte dedica-se à construção da história da fisioterapia em Portugal, fazendo uso da legislação, como também dos relatos e documentos publicados sobre este tema.

A parte final deste capítulo, aborda áreas de conhecimento da psicologia, da sociologia, da psicologia social, ainda que de uma forma sumária, mas pertinente para a compreensão global do estudo, sem as quais, o próprio estudo não teria suporte científico para a sua concepção e realização. Assim, a fundamentação teórica procurou estudar noções como o conceito de atitudes, opiniões, representação social, expectativas, eficácia e auto eficácia.

1.1 ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DOS GRUPOS PROFISSIONAIS

O entendimento da fisioterapia é feito, em larga dimensão, pelo reconhecimento dos factores que influenciaram a profissão no passado, os que a influenciam actualmente e os que virão a interferir no futuro (Schmoll, 1989). As condições que influenciam a profissão podem dividir-se em factores que incluem os valores e princípios sociais, a evolução demográfica da população, as condições económicas, as orientações governamentais, as acções de organizações públicas e privadas, as políticas de saúde e os avanços tecnológicos e científicos, assim como a percepção de eficácia e auto eficácia da fisioterapia e do fisioterapeuta.

Segundo Carapinheiro, em Portugal nas últimas décadas, tem-se verificado o aumento do peso relativo das profissões científicas e técnicas, bem como de quadros superiores e directores. Este fenómeno atinge predominantemente grupos profissionais das áreas do ensino, da saúde e das engenharias (1998).

Para Rodrigues, torna-se importante distinguir o que é uma profissão de outras ocupações (ocupação corresponde à realização de uma tarefa de trabalho, ofício). Pode definir-se profissão, como uma actividade produtiva que implica o exercício de funções específicas, correspondendo a um estatuto que depende da estrutura social em que se insere. As profissões são classificadas segundo as suas características, o seu modo de funcionamento e organização (1997).

Carr-Saunders e Wilson (citados por Rodrigues) referem que uma profissão surge quando um número determinado de pessoas começa a praticar uma técnica fundada sobre uma formação especializada, dando resposta a necessidades sociais. Assim, a construção das profissões decorre de uma especialização de serviços, satisfazendo uma determinada clientela, que através das associações profissionais consegue a protecção exclusiva quer dos clientes quer dos profissionais, estabelecendo a separação entre pessoas qualificadas e não qualificadas, fixando códigos deontológicos e de ética profissional. São muitos autores que se têm preocupado com esta problemática, na tentativa da compreensão do processo de profissionalização, com objectivo de identificar um conjunto de características de uma teoria do seu funcionamento e da sua génese (1997).

Segundo Parsons, o papel dos profissionais (conhecimento) exerce-se na relação com os clientes (ignorância) e é a sua reciprocidade assimétrica que permite a sua institucionalização (autoridade/confiança). Assim, nesta perspectiva, o papel do

profissional é construído sobre três dimensões específicas: a dupla competência do saber teórico e do saber prático, a competência especializada e a empatia com o cliente. Do equilíbrio entre as motivações e as necessidades do profissional e do cliente, emerge a dinâmica de legitimação da profissão, testada e controlada pelos profissionais e reconhecida pelo Estado. Mais tarde, o mesmo autor compromete as universidades para um papel importante no processo de legitimação e institucionalização da relação entre o conhecimento e a sociedade (citado por Rodrigues, 1997).

Rodrigues, citando Goode, afirma que para se atingir um estatuto de profissão são necessários elevados níveis de conhecimento diferenciado e de dedicação, níveis que, nem sempre, as ocupações podem ousar aceder. O conhecimento profissional e o ideal de serviço ou orientação para a comunidade, são elementos essenciais e básicos para o autor definir profissão (1997).

Outros autores, como Tavares, procuram na abordagem funcionalista explicar este fenómeno. Esta abordagem tem como base três pressupostos para definir conceito de profissão. São eles, o estatuto profissional, o reconhecimento social da competência e as instituições profissionais como resposta às necessidades sociais. As escolas e instituições de ensino superior, as associações profissionais e as ordens profissionais (sistema de licenças que protege a autoridade e o prestígio profissional e assegura o controlo social) são estruturas que organizam os grupos profissionais (2007).

O conceito de altruísmo institucionalizado, explicará o funcionamento das profissões, isto é, a relação profissional com o cliente é feita sob uma forma especial de altruísmo, em que os profissionais devem fazer mais do que é expressamente requerido. A institucionalização do altruísmo permite distinguir então, as profissões das restantes ocupações.

Hughes citado por Rodrigues, considera que mais importante do que definir profissão, é identificar as circunstâncias segundo as quais as ocupações se transformam em profissões (1997). Encara a profissionalização como um processo natural de afirmação das ocupações, em oposição ou distanciamento dos modos amadores de desenvolvimento de uma actividade. Identifica e responsabiliza as escolas e os professores como elementos centrais nos processos de profissionalização, uma vez que nos conflitos de disputas diárias de trabalho entre os grupos ocupacionais, o recurso mais importante é o aumento dos níveis de qualificação, currículo, grau académico, estabelecendo a diferença entre os profissionais e os leigos.

Segundo a perspectiva interaccionista, processual e relacional, as profissões são apenas ocupações que adquiriram e mantêm a posse de títulos honoríficos. O realce desta abordagem é colocado no processo de transformação das ocupações, nas

interacções e nos conflitos, assim como nos meios e recursos, não incidindo, portanto, sobre a análise dos privilégios profissionais, nem sobre as condições estruturais da sua existência.

Wilensky define profissão como “uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público que os seus serviços são os únicos aceitáveis” (1964).

O conceito de profissionalização de Wilensky é, ainda hoje, o mais citado na literatura da sociologia das profissões, mas está longe de ter estabilizado e outros autores têm vindo a reforçá-lo ou a criticá-lo numa tentativa de melhorar o conceito. Actualmente, há autores que, para além dos aspectos evidenciados no conceito anterior, introduzem um fenómeno muito importante: a profissionalização *versus* desprofissionalização, isto é, a desprofissionalização de um grupo profissional venha levar à profissionalização de um outro grupo (1964).

De facto, Wilensky, considerou o percurso dos cinco passos para o processo de profissionalização, (a necessidade da ocupação; a formação profissional; a associação profissional; a protecção do território ocupacional; e o código de ética). Estes cinco passos são perfeitamente identificados e identificáveis ao longo da evolução da história da fisioterapia em Portugal, traduzindo-se, em suma, no preenchimento de todos os passos necessários para um processo efectivo de profissionalização da fisioterapia (1964).

1.2 EVOLUÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE

A primeira evocação às profissões de saúde, onde se inclui também a fisioterapia, é distante e dispersa, não havendo uma correspondência exacta a datas. Citando Dinis, “*diria que se trata de uma pré-história e arqueologia das tecnologias da saúde e terminaria no final do século XIX, se bem que muitas das sementes que irão formatar o século XX, já, então, se encontrassem em avançado estágio de evolução*”. De facto, são diferentes níveis de conhecimento, assentes em diferentes civilizações, para o qual todos os povos deram o seu contributo com a sua “arte de cura”, cujo objectivo final é a procura perfeita do bem-estar do indivíduo ou do grupo de indivíduos (2003).

Até meados do séc. XIX os cuidados de saúde estavam centrados sobretudo na figura do médico, que desempenhava todas as tarefas “curativas” de que o doente

necessitasse. Estes apenas contavam com a colaboração de alguns auxiliares que não tinham qualquer tipo de formação. A partir desta data, surgem as escolas de enfermagem e uma nova divisão do trabalho na área dos cuidados de saúde. De certo modo inicia-se o processo de profissionalização da enfermagem e, posteriormente muitas outras ocupações no sector da saúde, adquirem também o estatuto de profissão, como é o caso da fisioterapia. Foi também, na segunda metade do século XIX, que se assistiu a um renovar de interesse nos remédios naturais, tais como no exercício e na massagem. Os profissionais com habilitação específica nestes métodos são progressivamente incorporados nos serviços de saúde.

Os profissionais não médicos, trabalhando nos serviços oficiais de saúde, no campo dos exercícios terapêuticos, da massagem, da electroterapia e hidroterapia, partindo de designações e níveis de formação muito diferentes, assumem progressivamente a designação de “Fisioterapeutas” consistindo a sua área de intervenção a “Fisioterapia”.

A dinâmica dos profissionais nos diversos países teve uma influência decisiva na construção do conceito actual de Fisioterapia, que ultrapassa a dimensão etimológica do termo. A fisioterapia e os fisioterapeutas são recursos de qualquer sistema de saúde, ao dispor dos respectivos utentes, independentemente da natureza e da organização dos sistemas, das equipas de prestação de cuidados e das eventuais relações burocráticas e administrativas entre os vários profissionais do sector da saúde. No entanto, não se pode esquecer que o desenvolvimento da Fisioterapia (e de outras profissões, nomeadamente das ditas “tecnologias da saúde”) se dá numa altura em que a divisão do trabalho já se encontra dominada pela classe médica. Alguns sociólogos, tal como Blane afirmam que as profissões de saúde não são mais do que ocupações que sofreram uma profissionalização em resultado do crescimento da medicina (1991).

Actualmente, existem vários grupos profissionais que constituem as equipas de saúde, o que se traduz em benefícios para os utentes, na medida em que estes podem usufruir dos saberes específicos de cada profissão (e respectiva conduta ética), mas por outro lado, podem ser prejudicados se não existir um verdadeiro trabalho de equipa, com comunicação efectiva entre os vários elementos ou se os interesses do grupo profissional forem prioritários em relação ao bem-estar do utente, o que por vezes acontece, em consequência de conflitos inter ou mesma intra profissionais.

1.3 GÉNESE DA FISIOTERAPIA EM PORTUGAL

As Origens da Fisioterapia quase que se confundem com o aparecimento do Homem na Terra, existindo um conjunto de procedimentos da fisioterapia utilizados pelo fisioterapeuta que remontam aos primórdios do tempo e que, embora empiricamente aplicados, só hoje encontram evidência científica da sua aplicação. Lopes partilha da opinião de que a fisioterapia é praticada desde o começo do mundo e que a mesma engloba procedimentos terapêuticos como hidroterapia, a massagem e o exercício (1994, citando Granger 1976).

A fisioterapia é definida de forma organizada em 1917, nos EUA pelo Major General William Gorgas (cirurgião), como medidas físicas que incluíam hidroterapia, electroterapia, mecanoterapia, exercícios activos, jogos e massagens. O termo “*physiotherapy*” surge pela primeira vez em 1905, no Reino Unido, a propósito do Iº Congresso Internacional de Fisioterapia (Williams, 1986 citado por Lopes em 1994).

Em Portugal, apesar de não existir literatura bibliográfica que permita identificar com precisão a data e o modo de introdução do termo “Fisioterapia” no nosso país, esta designação surge pela primeira vez em 1957, quando a formação de profissionais de saúde não médicos passa a designar de “Fisioterapeutas” os profissionais que resultam da formação dos “cursos de reabilitação” criados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

No entanto, o título de “Fisioterapeuta” foi durante alguns anos reivindicado pelos médicos que se interessaram e especializaram neste domínio, como se pode verificar pelo D. L. n.º 28794, de Julho de 1938. A expressão de “Fisioterapeuta” viria mais tarde a ser substituída pela designação de “Fisiatra” ou “Especialista em Medicina Física e Reabilitação”.

Esta formação, “cursos de reabilitação”, assim como a de “terapeutas ocupacionais” e mais tarde a de “terapeutas da fala”, teve como coordenação global o Dr. Santana Carlos, médico, mas cada curso tinha um profissional responsável e em relação à fisioterapia essa tarefa coube à Ft. Miss Anne Cepik, vinda dos E.U.A. (Lopes, 1994).

Os cursos tinham já a duração de 3 anos, os alunos possuíam o 3º ciclo do liceu, salvo algumas excepções e eram formados em áreas curriculares de índole profissional por fisioterapeutas oriundos dos E.U.A. e mais tarde do R.U. Do conjunto dos primeiros fisioterapeutas diplomados, saiu um grupo que, após formação complementar no

estrangeiro, sobretudo nos E.U.A., veio assumir a continuidade do processo de formação, sendo que, em 1963, as áreas de cariz profissional eram já asseguradas por fisioterapeutas portuguesas.

Esta linha de formação, com início 1957, que aqui se designa por conveniência como “**Linha de Formação Fisioterapeutas – 1957**” marca desde logo uma natureza de formação onde se sublinha a dimensão autónoma do profissional, pautada pelo nível de exigência compatível com os elevados padrões internacionais, onde o acesso à mesma era feito com o nível máximo da formação secundária existente no país. Assim, e numa perspectiva de organização e defesa de uma profissão com autonomia de actuação, os primeiros fisioterapeutas diplomados formaram a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas a 12 de Novembro de 1960.

No entanto, a nível internacional muitas outras associações profissionais surgiram mais cedo, por exemplo, já em 1889 tinha surgido a primeira associação de profissionais no âmbito da fisioterapia, que viria a culminar no embrião da actual Associação Holandesa de Fisioterapeutas. Esses profissionais trabalham em conjunto com médicos das mais diversas especialidades que valorizavam as seguintes modalidades terapêuticas: hidroterapia, electroterapia, mecanoterapia, exercícios activos, jogos e massagens.

Lopes afirma que os profissionais não médicos foram capazes de desenvolver as suas funções em áreas específicas como os exercícios terapêuticos, a massagem, a electroterapia, e a hidroterapia, assumindo assim, progressivamente, a designação de fisioterapeutas, embora tenham no entanto, partido de designações e níveis de formação muito divergentes (1994).

Por outro lado, e conjuntamente a este processo, foi-se desenvolvendo o processo de especialização dos médicos, culminando em alguns países com o aparecimento da especialidade médica de medicina física e de reabilitação ou fisioterapia (Coutinho, 1998).

No entanto, esta especialidade médica não existe em alguns países, como p. ex. o Reino Unido, a Irlanda ou a Alemanha. Contudo, nos países onde ela existe, os fisioterapeutas não dependem sempre exclusivamente dela (Lopes, 1994).

A medicina física e de reabilitação é uma especialidade médica, a que corresponde um profissional que é médico e uma área científica que é a medicina, enquanto a fisioterapia (muitas vezes confundida na sobreposição do campo de trabalho e da área científica) corresponde a uma disciplina científica específica e a um profissional particular que é o fisioterapeuta.

De facto, segundo Lopes, nem em todos os países onde existem fisioterapeutas co-existem também médicos fisiatras e mesmo quando tal acontece, nem sempre isso significa dependência exclusiva dos fisioterapeutas aos médicos fisiatras. Aliás, o carácter autónomo da fisioterapia e a identidade própria do fisioterapeuta como profissional estão salvaguardados quer pela legislação actual, quer pelo *status* social já conquistado (1994).

Assim, por princípio a fisioterapia e os fisioterapeutas são recursos de qualquer sistema de saúde, disponíveis para os utentes que deles beneficiem, independentemente da natureza e da organização dos sistemas, das equipas de prestação de cuidados de saúde e de eventuais relações conflituosas.

Ao longo da história, tem sido difícil encontrar uma definição de consenso entre as organizações profissionais de fisioterapeutas dos vários países. A especificidade de cada país condiciona esta temática e ela depende essencialmente de razões de natureza sócio-histórica (referem-se a: como surgiu o grupo, em que contexto e com que referências), de natureza epistemológicas (referindo-se ao corpo de saberes próprio, aos modelos e paradigmas de referencia e ao reconhecimento da sua própria identidade como disciplina científica, sem entrar em conflito com a componente de arte que lhe inerente) e sócio-organizacionais (que dizem respeito ao nível de desenvolvimento e organização da profissão, em particular ao nível de autonomia conquistada face à dominância da profissão médica) (Williams, 1986 citado por Lopes em 1994).

Na verdade, quando se analisa as diferenças terminológicas da designação “Fisioterapia” nos vários países constata-se uma significativa diversidade, que explica por si só a dificuldade em obter uma definição única e consensual.

A dificuldade de uma definição de consenso assenta também na dificuldade de isolar a fisioterapia como uma ciência, uma vez que ela tem conexões a outras ciências, como as naturais e exactas, as sociais humanas e as ciências médicas. De facto, não existe no plano internacional uma clara teoria da fisioterapia unificada, que identifique uma unidade sistémica aos múltiplos e constantes avanços conseguidos pelo desenvolvimento dos métodos e técnicas englobados no conceito de fisioterapia, que clarifique o corpo de saberes próprio e que funcione como catalizador do aperfeiçoamento desse corpo de saberes e da própria intervenção.

Segundo Fernandes a “génese da fisioterapia” em Portugal inicia o seu processo embrionário de profissionalização na segunda metade do séc. XIX e no início do séc. XX, onde profissionais não médicos que desempenhavam algumas das funções que pertencem ao contexto actual da fisioterapia (2003). Mas na realidade, este processo de profissionalização terá o seu início efectivo apenas na década de oitenta, noventa, com a

entrada desta formação ao nível do ensino superior. Não sendo este um processo acabado, abordar-se neste ponto, os aspectos mais significativos e importantes até a actualidade.

Segundo Wilensky, o primeiro dos cinco passos para o processo de profissionalização é “**a necessidade da ocupação**” e esta necessidade está manifestamente presente quando analisamos a evolução das profissões de saúde em geral e a de fisioterapia em particular. De facto, os recursos que posteriormente seriam identificados como específicos da fisioterapia eram no início, utilizados mais para a manutenção da saúde do que propriamente para o tratamento das doenças. Com advento de mais hospitais, este novo serviço aumentou a necessidade de recursos humanos qualificados para o atendimento nas unidades de fisioterapia (1964).

Considerando o período de reabilitação pós 2ª guerra, assim como alguns eventuais surtos de problemas de saúde de dimensão importante, verificou-se a necessidade da ocupação, as tarefas exercidas por pessoal menos qualificado, passa a ser desempenhado por pessoal mais qualificado, quem tinha alguma experiência com massagem ou com hidroterapia era aproveitado e reconvertido para as actividades de fisioterapia.

Pode então concluir-se que, o despertar da ocupação de fisioterapia se deu pela necessidade de “mão-de-obra” específica e especializada para dar resposta a uma demanda dos profissionais médicos, principalmente ortopedistas, fisiatras e reumatologistas, no tratamento dos seus doentes. Parece que, à medida que se investe numa determinada área ou ocupação, cria-se um espaço social para ela e a partir daí, a demanda pelo profissional começa a aumentar. O caso da fisioterapia não foi diferente de outras profissões aquando do seu processo de profissionalização.

O segundo passo dos cinco passos para o processo de profissionalização é “**a formação profissional**” (Wilensky, 1964). O curso de fisioterapia de um modo organizado teve o seu início na década de 60. A Escola representava o início do processo de profissionalização de modo organizado, embora com muitos professores da área médica e professores fisioterapeutas externos ao país (em particular do E.U.A. e R.U.), a formação do fisioterapeuta era ainda muito de teor prático, fundamentalmente.

A formação do fisioterapeuta no seu início foi influenciada pela medicina e provavelmente este facto terá dificultado a autonomia e a vinculação do fisioterapeuta com a sociedade, transformando-o, num determinado período da história, num profissional auxiliar, subordinado às regras emitidas pelos médicos.

Durante as décadas de 70 e 80, com alguns avanços e recuos no que diz respeito à formação da fisioterapia e à autonomia do fisioterapeuta, é partir da década de 90 que

a formação profissional passa a ser orientada por parâmetros melhor definidos do ponto de vista curricular. Passa haver indicação de ampliação do curso para quatro anos, que só se virá a concretizar em 1999/2000.

A contratação de professores fisioterapeutas e a procura de locais de estágio não controlados por médicos passou a ser uma prática corrente desde 1970 na Escola de Saúde do Alcoitão e, nas Escolas Técnicas de Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, a partir de 1990 (Fernandes, 2003).

Apesar das dificuldades encontradas na definição das atribuições, do avanço e recuo a que esteve sujeita em termos de formação, acrescenta-se também o poder médico como acção externa, em particular os conflitos entre médicos fisiatras e fisioterapeutas e aqui também, a fisioterapia e, de acordo com o desenvolvimento profissional caracterizado por Wilensky, teve um percurso semelhante ao de outras profissões (1964). Neste processo, salienta-se a importância da primeira escola, os primeiros professores fisioterapeutas internacionais que lideraram o processo, o primeiro curso, que para uma prática consolidada e efectiva de fisioterapia, exige uma componente teórica sólida e adequada à realidade da formação em fisioterapia e é com base nas primeiras turmas, de onde resultam os primeiros fisioterapeutas, responsáveis pelo desenvolvimento da profissão, que é criada a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

A “**associação profissional**”, o terceiro passo para Wilensky, este autor considera mesmo que a fase de formação de uma associação representa a procura da identidade profissional. Um factor que contribui para a construção dessa identidade é o profissionalismo, que compreende atitudes como o uso da organização profissional, a crença na auto-regulação, o sentido de vocação, de autonomia e de corporativismo (Nascimento, 2006). Estes primeiros fisioterapeutas, confrontados com os conflitos internos e externos da profissão, associaram-se com o objectivo de melhorar o padrão de serviços prestados e o prestígio profissional.

Segundo Wilensky, a quarta fase, “**a protecção do território ocupacional**”, é garantido pela regulamentação da profissão que deverá assegurar o exclusivo do saber-saber, do saber-estar e do saber-fazer desta prática profissional. Para isso, a especificidade da fisioterapia terá que estar bem definida, de modo que a tal regulamentação vem ao encontro da real necessidade destes profissionais. Este autor, refere mesmo que *"quando o conhecimento é geral e vago, ou muito estreito e específico, traz uma base fraca para a jurisdição exclusiva"*, sendo a jurisdição exclusiva, uma componente essencial no processo de profissionalização (1964).

Quanto à realidade portuguesa, existe um conjunto de legislação que procura caracterizar e legislar a actividade dos fisioterapeutas e a formação da fisioterapia (Portaria n.º 256-A/86; Decreto-lei nº320/99; Decreto-lei nº500/99; Decreto-lei nº564/99; Decreto-lei n.º 569/99, Portaria nº 505-D/99, entre outras).

No que diz respeito ao conteúdo funcional da profissão do fisioterapeuta e das suas competências técnicas, a legislação é bem clara, assim como quanto à carreira no sector público que é regulada e controlada pelo Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica. Estes profissionais são obrigados a inscreverem-se na Direcção dos Recursos Humanos da Saúde, como também são fiscalizados no exercício da sua profissão, por um conjunto de Entidades da área da saúde.

Por outro lado, no que se refere à formação, estes profissionais têm as habilitações que são exigidas por lei e são reconhecidos pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério da Ciência e do Ensino Superior como profissionais competentes, de nível superior e que tornam exclusiva a execução de métodos e técnicas específicas à esta profissão.

A última fase deste processo de profissionalização diz respeito ao “**código de ética**” profissional (Wilensky, 1964). Este autor considera que na maioria das profissões em processo de consolidação, o estabelecimento de um código de ética aparece como o último passo necessário. Neste teor, os fisioterapeutas portugueses pauta a sua conduta pela orientação da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas que adoptou a declaração de princípios éticos do fisioterapeuta, aprovado na 13ª Assembleia-geral da WCPT, em Junho de 2005 e que diz o seguinte: “*o fisioterapeuta...*”

1. *Respeita os direitos e a dignidade de todos os indivíduos.*
2. *Actua de acordo com as leis e regulamentos que regem a prática da Fisioterapia do país onde trabalha.*
3. *Assume a responsabilidade da sua prática profissional e das suas decisões.*
4. *Realiza um serviço profissional honesto, competente e responsável.*
5. *Está obrigado a prestar serviços de qualidade de acordo com as políticas de qualidade e os objectivos definidos pela sua associação nacional de Fisioterapia.*
6. *Tem direito a um nível de remuneração justo e satisfatório pelos seus serviços.*
7. *Presta informações correctas aos clientes, a outros agentes e à comunidade sobre a Fisioterapia e sobre os serviços prestadores de Fisioterapia.*
8. *Contribui para o planeamento e desenvolvimento de serviços destinados a satisfazer as necessidades de saúde da comunidade.”*

A adesão a um conjunto de normas profissionais (p. ex. Padrões de Prática e Instrumentos de Auditoria da APF), por meio também do Código de Ética, vem assumir um aspecto de orientação, controlo e de organização do trabalho, acrescentando um critério evidente ao trabalho técnico do profissional, baseado no conhecimento

adquirido por um longo processo de ensino e prática. Estas regras de conduta vêm com o intuito de proteger o utente, permitindo ao profissional uma actuação por elevados padrões de referência.

Sistematize-se então um pouco melhor a história da fisioterapia em Portugal e que segundo Lopes, verifica-se na história da formação da fisioterapia duas grandes linhas de formação, como antecedentes directos ao actual modelo de formação de fisioterapeutas: a “**Linha de Formação Fisioterapeutas – 1957**” e a linha de formação anterior à introdução da designação “Fisioterapeuta” e que assume aqui a designação de “**Linha de Formação em Serviço – 1901**” para uma melhor compreensão do texto (1994).

A “**Linha de Formação em Serviço – 1901**”, relativamente antiga, enquadrada ao nível da formação dos hospitais do Estado, que viria a ser regulamentada de modo global pela Portaria 18523 de 1961, e que criou então, os “cursos de auxiliar de fisioterapia” e de “técnico de fisioterapia”. Esta grande linha de formação instituiu assim dois grupos profissionais: o “auxiliar de fisioterapia” e o “técnico de fisioterapia”.

A esta vertente e por força da “**Linha de Formação Fisioterapeutas – 1957**”, acrescentou-se mais um grupo profissional com a designação de “Fisioterapeutas”, resultante da formação iniciada em 1957 pela SCML que viria a ser regulamentada pela Portaria 22034, de 4 de Junho de 1966.

Para além destas duas grandes linhas dominantes poder-se-á considerar outras duas, que pelo seu significado histórico completam o quadro global da formação em fisioterapia em Portugal: uma ao nível da formação nas ex-colónias “**Linha de Formação / Ultramar – 1964**” e de outra, na área Militar “**Linha de Formação / Militar – 1970**”, ambas serão abordadas mais adiante.

Centrando a narrativa no momento em que aparece pela primeira vez a introdução do título de “Fisioterapeuta”, segundo a “**Linha de Formação Fisioterapeutas – 1957**”, os “cursos de reabilitação” que no seu início tiveram a designação de “cursos de agentes técnicos” em 1957, precederam a criação da Escola de Reabilitação em 1966, integrada no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (pela Portaria 22034, de 4 de Junho de 1966) e que mais tarde viria a resultar na Escola Superior de Saúde do Alcoitão (Portaria 185/84 de 31 de Março).

A Portaria 22034, de 4 de Junho de 1966, marca a introdução oficial do título de “Fisioterapeuta” em Portugal, a que passaram a ter acesso os diplomados pela Escola de Reabilitação da SCML, ou por outras de igual nível, que eventualmente venham a ser criadas. Toda a formação anterior a 1966, que a SCML vinha a desenvolver desde 1957,

foi reconhecida como “devidamente habilitados com os respectivos títulos profissionais”.

Esta linha de formação desenvolveu-se de forma contínua e regular até aos dias de hoje, sendo de salientar que a Escola de Reabilitação foi a única responsável nacional pela formação de “Fisioterapeutas” até 1977, momento em que se dá uma alteração no acesso a este título profissional, como veremos mais adiante.

Anterior ao aparecimento desta linha de formação, de natureza mais formal e escolar, no âmbito da fisioterapia, consegue-se identificar uma segunda linha, mais antiga, a “**Linha de Formação em Serviço – 1901**”, que se ocupa fundamentalmente na aplicação dos chamados “agentes físicos” e de técnicas / procedimentos na área dos exercícios terapêuticos e da massagem. No entanto, esta formação era esporádica, com uma fraca regulamentação e baseada numa perspectiva de formação em serviço, controlada pelos médicos que chefiavam os respectivos serviços para onde os formados poderiam ir trabalhar.

A “**Linha de Formação / Ultramar – 1964**”, ao nível da fisioterapia, teve o seu início em 1964, quando foram criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (pelo D. L. 45541, do Ministério do Ultramar, de 23/1/64, embora já existentes em algumas províncias ultramarinas desde 1959), regulamentadas pelo Decreto 45818, de 15 de Julho, de 1964, onde já se previa a formação de “Fisioterapeutas” em cursos de 3 anos de duração, sendo exigido para o acesso mínimo aos mesmos, a posse do Curso Complementar dos Liceus. Esta formação foi colocada a um nível bastante superior ao previsto na Portaria 18523 de 1961, pautando-se pelo que se passava nos cursos iniciados em 1957 pela SCML e antecipando a constituição do 3º grupo profissional “Fisioterapeutas” criado pela Portaria 22034 de 1966. Deste modo, a designação “Fisioterapeutas” em textos oficiais surge primeiro no Portugal Ultramarino do que no Portugal continental.

Com o natural processo de descolonização pós 25 de Abril de 1974, esta linha de formação desapareceu, tendo muitos dos profissionais que regressaram à metrópole sido integrados nos serviços públicos ao abrigo da Portaria 439/75, de 17 de Julho por equiparação.

Quanto à “**Linha de Formação / Militar – 1970**”, esta linha foi sistematicamente referenciada à linha oficial da Portaria 18523 e em 1970 foi formalmente estabelecida a equivalência dos cursos de “técnicos de fisioterapia” da Escola dos Serviços de Saúde Militar (Portaria 457/70, de 15 de Setembro). A formação no âmbito militar prossegue e é de destacar o período dos anos oitenta onde traça uma cooperação com a Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa.

Assim, foi criada a Escola do Serviço de Saúde Militar em 1970, que mais tarde em 1993, pela Portaria 945/93 de 23 de Setembro, passa a ser a primeira escola a prever a formação de fisioterapeutas ao nível do Ensino Superior, por ter sido integrada formalmente como escola do Ensino Superior Politécnico. A sua regulamentação aprovada em 1994 (Decreto Regulamentar n.º4/94 de 18 de Fevereiro), prevê que os cursos a ministrar sejam criados por portaria conjunta dos Ministros da Defesa Nacional, da Educação e da Saúde, sob proposta do Chefe do Estado-Maior do Exército, mas actualmente, a Escola do Serviço de Saúde Militar não está a formar fisioterapeutas.

Estas quatro linhas de formação, mas fundamentalmente as duas primeiras, são as principais responsáveis e marcam todo o desenvolvimento profissional em fisioterapia até à actualidade, uma vez que elas desenvolvem modelos diferentes de concepção do perfil do fisioterapeuta e diferentes níveis de controlo por parte dos profissionais do respectivo processo de formação ao longo da história.

Esta evolução decorreu na permanente tensão entre uma concepção do fisioterapeuta como um “técnico que auxilia o médico”, médico especialista em medicina física e reabilitação, por isso formado por médicos numa tipologia de formação mais de natureza técnicoprofissional e o fisioterapeuta como profissional de saúde com capacidade de autonomia profissional, com modelos de decisão e de intervenção próprios, capaz de se integrar e integrado, em diferentes equipas de saúde, preparado para o exercício liberal e de primeiro contacto, sendo a sua formação controlada pelos próprios fisioterapeutas.

Progressivamente ao longo da história e em particular na década de 90 com a entrada dos novos planos de estudos, primeiro na Escola de Reabilitação do Alcoitão (ano lectivo 90/91) e nos seguintes nas outras escolas então existentes, marca-se definitivamente a fusão das duas grandes linhas dominantes de formação, sendo esta formação pensada por fisioterapeutas para uma natureza de formação de profissionais autónomos, com capacidade para avaliar, planear e intervir, procedendo à monitorização da sua intervenção e avaliação da sua prática profissional, viria durante a década de 90 e no final da mesma, a ser uma formação integrada no Ensino Superior de Politécnico, passando a um ciclo de formação Bi-etápica de 3 anos + 1 ano.

Ao descrever mais em pormenor a evolução destas duas grandes linhas de formação identificadas, analisando os marcos mais significativos, procurar-se-á sistematizar as informações disponíveis sobre o assunto numa arrumação de década a década, desde 1901 até aos dias de hoje, com base em textos legais e referências bibliográficas consultadas.

Por exemplo, para Coutinho, a história da fisioterapia sistematiza-se de uma outra forma. Esta autora considera no seu estudo sobre “*as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino*”, através de uma análise exaustiva dos diplomas legais, cinco etapas distintas (1998):

“1ª Etapa – Técnicas Médicas (1901 - 1960);

2ª Etapa – Auxiliares de Fisioterapia e Fisioterapeutas (1961 - 1976);

3ª Etapa – Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica / Fisioterapeuta (1977 – 1981);

4ª Etapa – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (1982 – 1992);

5ª Etapa – Enquadramento legal do exercício e integração da Fisioterapia no Ensino Superior (1993 -1999).”

Fernandes acrescenta a este tipo de sistematização, referindo no seu estudo “*A Declaração de Bolonha e o ensino da Fisioterapia em Portugal*”, mais uma etapa, a 6ª Etapa (1999 – 2003), correspondendo esta ao período da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia (2003).

Face à actual realidade e tendo em conta a Declaração de Bolonha, podemos considerar ainda mais uma fase, portanto a 7ª Etapa, que corresponderá a actual legislação para reformulação do Ensino Superior em Portugal (2004 – 2007), portanto estamos a falar na década actual, a década de 2000.

Não fazendo aqui uma análise tão compartimentada, mas respeitando os conteúdos destas várias etapas e portanto a própria história, salientam-se agora os factos mais pertinentes que permitem compreender o enquadramento e a caracterização da Fisioterapia em Portugal.

De 1901 até à década de 60, isto é, a 1ª Etapa, portanto, período que corresponde às primeiras seis décadas, surge com a publicação do Decreto do Governo n.º 293 de 27 de Dezembro de 1901. Este decreto criou o “*Laboratório de Análise Clínica*” no Hospital Real de S. José e Anexos, onde exerciam profissionais formados no próprio serviço, designados de “*preparadores*”, que dependiam totalmente dos médicos, e que desempenhavam as suas funções em cinco áreas: “*Análise anatómopatológica, serviço de autópsias e modelagem em gesso*”; “*Análise bacteriológica e química*”, “*Análise radioscópica, radiográfica e fotográfica*”; “*Serviços farmacêuticos*”; e por ultimo, “*Electrodiagnóstico e electro-terapia*”. Esta área já possuía competências que estão na génese da matriz socioprofissional da profissão fisioterapeuta.

Em 1918, para as Instituições de Saúde Públicas, com a reorganização dos Hospitais Civis de Lisboa, criaram-se os Serviços de Agentes Físicos como meio de

diagnóstico, tratamento e reconstituição funcional e estética, que abrangia o serviço de radiologia e o serviço de fisioterapia. Neste serviço o pessoal auxiliar era denominado por “ajudantes técnicos”, designação que, se tornou oficial em 1931.

Desde 1901, que não era feita qualquer referência às exigências de formação desses ditos “preparadores”, mais tarde “ajudantes técnicos” e é só em 1938 que se pode verificar pelo Decreto-lei 28794, de Julho de 1938 que, em alguns hospitais, o acesso às funções no âmbito da “fisioterapia” dependia de um concurso de provas práticas, a que só tinha acesso os candidatos habilitados com o “exame de prática” e o curso geral de enfermagem.

O Decreto-lei n.º28794, de 1 de Julho de 1938, esboça a carreira dos funcionários dos Serviços de Agentes Físicos, onde se encontra os Médicos Fisioterapeutas (título de Fisioterapeuta reclamado pelos médicos durante alguns anos), Ajudantes Técnicos de Fisioterapia, 2º Ajudantes Técnicos de Fisioterapia, Auxiliares de Fisioterapia e Barbeiros.

A década de 60 surge com o desenvolvimento das técnicas médicas e os Hospitais Centrais e outros estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e Assistência, em 1961 e segundo a Portaria n.º 18523, de 12 de Junho de 1961, sentiram a necessidade de criar além das Escolas de Enfermagem, pequenos cursos para preparação de outros profissionais ligados à saúde. Surgiram então, os cursos para formar “Técnicos Auxiliares de Fisioterapia”, em que o acesso de ingresso era com 4ª classe (enquadrados no Grupo I), para um curso com a duração de 6 meses, seguidos de 3 meses de estágio.

Para formar “Técnicos de Fisioterapia” (enquadrados no Grupo II), o acesso de ingresso era com 5º ano dos Liceus ou 5 anos como técnico auxiliar de fisioterapia, para um curso com um ano de duração escolar, seguido de 3 meses de estágio, estabelecendo assim dois níveis de formação com títulos e designações diferentes. Assim, esta Portaria reconhece o valor do contributo dos ditos “Técnicos” no âmbito do serviço de saúde público, esboça a regulamentação genérica desta linha de formação e revela a decisão de homogeneizar e formalizar a formação, com vista ao reconhecimento de um estatuto, facilitando a sua mobilidade entre serviços. É obrigatório o exame de admissão a qualquer um dos cursos, embora o acesso seja feito ainda sem a habilitação máxima do ensino secundário de então.

Paralelamente a estes dois grupos, há considerar um terceiro grupo (Grupo III) cuja formação de 3 anos de curso, para a qual o acesso mínimo era feito com 7º ano dos liceus e designava-se por “Fisioterapeuta” (Portaria 22034 de 1966).

De facto, esta formação iniciada 1957, de onde resultaram os primeiros profissionais que terminaram os primeiros Cursos de “Agentes Técnicos de Fisioterapia” e de Terapia Ocupacional, instituídos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com a duração de 3 anos, procurou dar o primeiro passo para a autonomia profissional, isto é, reúne-se pela primeira vez um conjunto de saberes próprios a ministrar ao novo profissional e no caso da fisioterapia, as aulas foram asseguradas por fisioterapeutas estrangeiros.

A 12 de Novembro de 1960, surge então a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas como representação de um grupo profissional, preocupada com a legitimação da própria profissão. Esta associação possui princípios de coesão, implicando um movimento de diferenciação a partir do qual se afirma a autonomia colectiva e um efeito de coesão.

Mais tarde, em 1963, a APF torna-se membro da World Confederation for Physical Therapy, um passo importante para a globalização da fisioterapia, mantendo-se como parceiro activa nestas organizações internacionais até hoje. A filiação na WCPT permite à APF uma ligação estreita com mais de 60 organizações congéneres, a nível mundial, mais de metade das quais se situam no continente europeu e são abrangidas pela Região Europeia da WCPT, sendo membro de pleno direito a partir de Setembro de 1998.

A Portaria n.º 19397, de 20 de Setembro de 1962 regulamenta os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos, referidos anteriormente, no que respeita à sua organização e atribuições, direcção e administração e seu funcionamento.

Em 1966, pela Portaria n.º 22034, de 4 de Junho, surge em Alcoitão, o Centro de Medicina de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia e com este, surge a necessidade de promover a formação de pessoal de modo a formar Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala. Tal formação engloba cursos com duração de 3 anos, acesso com o antigo 7º ano do liceu, tal como era estabelecido na Universidade. Passam a existir então, 3 grupos de profissionais a que correspondem 3 níveis muito diferentes de formação. Verifica-se assim, o início de um estabelecimento de controlo sobre a formação específica.

Em Outubro de 1967, com a criação do Ensino Superior de Curta Duração, chegaram a ser previstas, a nível do Ministério da Educação, as Escolas Superiores Técnicas na área da saúde, mas o Ministério da Saúde não concordou. A formação manteve-se à margem do sistema educativo e num estatuto dito de inferioridade (Lopes, 1994).

Na década de 70, o campo da saúde é marcado por uma forte inovação tecnológica que cria exigências na formação do pessoal técnico, a par do surgimento de novas áreas de intervenção. O Decreto-lei n.º 414/71 de 27 de Setembro, estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência. As carreiras profissionais organizam-se por graus e classificam-se em 3 tipos – Tipo 1 (profissionais com habilitação de Licenciatura Universitária); o Tipo 2 (profissionais com habilitação de Técnica devidamente titulada); e Tipo 3 (profissionais com habilitação para cargos). A Fisioterapia encontra-se no Tipo 2, onde se estabelece a Carreira dos Técnicos Terapeutas. O ingresso e o acesso nesta carreira fizeram-se por concurso documental. Os cursos de Técnicos Terapeutas são reconhecidos oficialmente pela Direcção-Geral dos Hospitais.

O Instituto Português de Oncologia – Francisco Gentil, inicia em 1973 uma formação em fisioterapia com a duração de três anos, baseada no curriculum inglês, com pré requisito de entrada semelhante ao exigido pelo Centro de Medicina de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo as aulas dadas por médicos da Faculdade de Medicina de Lisboa e por fisioterapeutas formados em Inglaterra. Porém, este curso nunca chegou a ser oficializado e, só em 2007, se faz o reconhecimento dos fisioterapeutas formados por esse curso de então.

Em 1977, pelo Decreto Regulamentar n.º 87 de 30 de Dezembro, é criada a Carreira de Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, que enquadra diversos sectores de actividade no campo da saúde, caracterizados não só por uma estreita ligação ao equipamento tecnológico de incidência clínica, como também pela dependência funcional imediata relativamente ao pessoal técnico especialista superior e ainda pela ocupação de uma área específica no âmbito dos serviços de acção médica. Os fisioterapeutas perdem o estatuto de Técnicos Terapeutas de Saúde. O ingresso na carreira faz-se por concurso documental, entre os indivíduos habilitados com o curso geral dos liceus ou equivalente e que possuam o curso de especialização profissional adequado ao tipo de funções a que se destina, não sendo a sua duração inferior a 5 semestres.

Oliveira *et al* (2000) na sua dissertação “*Um Estudo sobre as Expectativas dos Fisioterapeutas face à Licenciatura em Fisioterapia*” considera que esta perda do estatuto de Técnicos Terapeutas de Saúde para a realidade de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica se traduz num retrocesso grave

de reconhecimento profissional e social para os fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala.

A criação do Ensino Superior Politécnico prevê em 1979, as Escolas Superiores de Saúde, que no entanto nunca viriam a ser implementadas. A formação adequada do pessoal técnico afecto à prestação de cuidados de saúde é condição indispensável ao correcto funcionamento dos serviços e, em consequência, ao bem-estar das populações. Face a isto e no sentido de acompanhar a evolução verificada em diversos países, dada a existência de novas técnicas, a par da criação de novas especialidades, caminhou-se no sentido do ensino e da formação deste pessoal técnico se estruturasse em moldes inovadores.

Nesta base, e no início da década de 80, o Despacho do Departamento de Recursos Humanos, Portaria n.º 709/80 de 23 de Setembro, prevê a reestruturação dos Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de Coimbra, Lisboa e Porto. As condições gerais de admissão aos cursos de formação são: habilitações literárias mínimas correspondentes ao 9º ano de escolaridade, dando-se preferência aos candidatos com o 11º ano de escolaridade; prestação de uma prova eliminatória, obrigatória, de selecção e avaliação de conhecimentos; entre outras.

Em 1982 e pelo Decreto-lei n.º 371 de 10 de Setembro são criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto. Os cursos aqui ministrados passaram a ter a duração de 5 a 6 semestres, portanto 3 anos, e exige-se o 11º ano como condição mínima de acesso. Através do Despacho do Departamento de Recursos Humanos da Saúde de 16 de Fevereiro de 1983, os Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica distribuem-se por ramos profissionais. A fisioterapia encontra-se no ramo “cinesiológico” e possui o seguinte conteúdo profissional – Fisioterapeuta: *“este profissional colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da sua incapacidade”*.

Durante um período de 8 anos decorrido desde a publicação do Diário da República n.º 87/77 de 30 Dezembro, observaram-se diversas e profundas alterações não só na área da tecnologia médica, especialmente no domínio do diagnóstico e da terapêutica, o que tornou cada vez mais complexas as funções dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, bem como a nível da estrutura da carreira na área da saúde.

Dos três níveis de exercício da década de sessenta, existe agora apenas um único, com o título de fisioterapeuta, mas enquadrado numa carreira de auxiliar e

referenciado a uma formação tipo “técnicoprofissional”. Na realidade, nivela-se por baixo em termos de carreira, termina com Grupo I, facultando cursos de promoção para chegar ao título de fisioterapeuta; alarga a duração da formação dos profissionais do Grupo II, dando-lhes igualmente acesso ao mesmo título e despromove, em termos de carreira, o Grupo III, apesar de estes manterem uma formação de 3 anos com o acesso à mesma com o grau mais elevado, 7º ano dos Liceus.

Em 1985 é criada a Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (Decreto-lei n.º 384B/85 de 30 de Setembro). A Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica integra funções de natureza técnica e insere-se no grupo de pessoal técnico, mas ela é vinculativa apenas para o sector público.

O fisioterapeuta é um dos profissionais abrangidos por esta carreira. Todos eles, no exercício das suas funções, actuam em conformidade com o pré-diagnóstico, o diagnóstico e a prescrição terapêutica efectuados pelo elemento médico ou técnico superior da sua equipa de saúde onde está enquadrado, devendo para efeito, programar, executar e avaliar as técnicas adequadas e comunicar os resultados aos restantes elementos da mesma equipa, para tal terão acesso aos dados clínicos pessoais e sociais relativos aos doentes que lhe forem confinados. O ingresso a esta carreira faz-se mediante concurso de avaliação curricular, a que poderão concorrer os indivíduos diplomados com o curso de formação profissional ministrados nas Escolas Técnicas do Serviço de Saúde.

A Portaria n.º 256-A/86, de 28 de Maio, aprova as definições do conteúdo funcional e das competências técnicas às diferentes profissões e às categorias da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, que ainda hoje se mantém em vigor pelo Decreto-lei n.º 569/99, de 21 de Dezembro. No que diz respeito ao conteúdo funcional da profissão do fisioterapeuta, verifica-se um ideal de serviço ou de orientação para a comunidade e descreve-se o seguinte:

“O Fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza técnicas específicas da profissão. Colabora no diagnóstico mediante a avaliação de deficiências, identificando as áreas lesadas; elabora programas adequados de tratamento com fim de ajudar os deficientes a reconquistarem ou aumentarem as suas capacidades físicas, utilizando diferentes técnicas, tais como terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, electroterapia, incluindo o frio e o calor e ainda outras técnicas mais evoluídas de facilitação e inibição neuromuscular. Ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, conforme o seu estado. Trata doentes de diferentes patologias, tais como ortopédica, respiratória e cardio-respiratória, neurológica e reumatológica, individualmente ou em grupo. Elaborar relatórios de resultados obtidos”.

Portanto, o fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção da capacidade funcional do Indivíduo, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza métodos ou técnicas específicas da profissão, contribui para o diagnóstico mediante a avaliação em fisioterapia, elabora programas adequados de tratamento, trata, ensina e também rediz relatórios de resultados obtidos.

A Portaria n.º 549/86, de 14 de Setembro prevê que os cursos ministrados pelas Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, bem como pela Escola de Reabilitação do Alcoitão, passem a ter uma duração da escolaridade de 3 anos lectivos (o 1º ano destina-se à formação básica, o 2º à formação técnica e o 3º à formação prática), com uma carga horária, no mínimo, de 3000 horas. O recrutamento dos candidatos aos cursos de formação obedece às seguintes condições gerais – posse do 12º ano de escolaridade, com área A (área de saúde) do 11º ano ou equivalentes gerais; existência de condições físicas compatíveis. Torna-se notável o aumento do corpo de saberes específicos inerentes à fisioterapia, contribuindo para o aumento da autonomia profissional e potencializa a eficácia da sua intervenção.

Na década de 90, o Departamento de Recursos Humanos termina em 1990 um processo de revisão curricular dos cursos de todas as profissões abrangidas pela carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica iniciado em 1988, com a aprovação superior de um relatório síntese e a publicação dos novos planos de estudos para todos os cursos (Despacho 18/90 de 4 de Julho).

Este processo de evolução contínua e a etapa seguinte corresponde ao enquadramento legal do exercício e integração da fisioterapia no Ensino Superior tem início em 1993, pelo Decreto-lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro, em que as Escolas Técnicas são integradas no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico. As Escolas passam a designar-se por Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto respectivamente.

Pela Portaria n.º 185 de 31 de Março de 1994, a Escola de Reabilitação de Alcoitão é reconhecida como Estabelecimento de Ensino Superior Particular e passa denominar-se Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Em 1997, surge o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses com o objectivo de defender os deveres e direitos da carreira, da profissão e do profissional de fisioterapia, e como parceiro social específico, permite espaço à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas para se preocupar em constituir-se numa Associação de Direito Público ou Ordem dos Fisioterapeutas, que se debruce sobre as questões do exercício da profissão e atribuição do título profissional (APF, 2007).

No final da década de 90 perspectivou-se, em função da autonomia científica dos estabelecimentos de ensino superior e do aparecimento de outras escolas, uma nova fase de diferenciação das linhas de formação de fisioterapeutas em Portugal, no que diz respeito a conteúdos programáticos e objectivos de formação, sendo que, no final do curso, o perfil de saída e de competências deveria ser alcançado por todos.

Pelo Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de Agosto passa-se a exigir o registo profissional, efectuado no então Departamento de Recursos Humanos da Saúde, para os profissionais, reconhecidos como fisioterapeutas, titulares do curso de fisioterapia homologado numa das escolas pública ou privada existentes. Este decreto define ainda, os princípios gerais em matéria das profissões de diagnóstico e terapêutica, nelas incluindo a profissão de fisioterapeuta, sendo as suas disposições aplicáveis ao sector público, privado e cooperativo. Deste modo, o fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas, elabora programas adequados de tratamento, executa-os de modo a tratar doentes de diferentes patologias, bem como procede ao registo em relatório dos resultados. Esta legislação acrescenta ainda que, a actividade profissional do fisioterapeuta se desenvolve em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional.

De acordo com esta orientação vem também o Decreto-lei nº564/99, de 21 de Dezembro, que aprova o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e logo, a regulamentação dos actos próprios destas profissões no sector público, onde se enquadra o Fisioterapeuta. O nº1 do artigo 6º dispõe que *“a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica reflecte 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 ao nível das equipas em que se inserem.”*

Assim, pelo Decreto-lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro, estabelece-se o estatuto legal da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, nomeadamente do fisioterapeuta. O Curso Superior de Fisioterapia ministrado nas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto, passa a Licenciatura Bi-etápica, dando-se um aumento no nível de qualificação e, conseqüentemente, no grau académico. Depara-se com um novo conjunto saberes técnicos e científicos, contribuindo para uma maior autonomia e legitimação do fisioterapeuta. Este decreto que estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica, coloca em evidência *“...o papel dos profissionais no sistema de saúde como agentes de*

indispensáveis para melhoria da qualidade e eficácia da prestação dos cuidados de saúde... ”.

A Lei n.º 1/2003 publicada em 6 de Janeiro de 2003 aprova o Regime Jurídico do Desenvolvimento e da Qualidade do Ensino Superior, reforça a existência de dois tipos de estabelecimentos de Ensino Superior: ensino universitário e ensino politécnico. A formação em fisioterapia encontra-se integrada no Ensino Superior Politécnico, uma vez que estes estabelecimentos são *“centros de formação cultural e técnica de nível superior, aos quais cabe ministrar a preparação para o exercício de actividades profissionais altamente qualificadas e promover o desenvolvimento das regiões em que se inserem”*. O facto de a fisioterapia ser uma actividade predominantemente de cariz prático quando (mal) comparado com outras formações do ensino superior universitário, justificou assim a inclusão no sistema de Ensino Superior Politécnico.

O Decreto-lei nº 564/99, de 21 de Dezembro, no seu artigo 3º, reconhece que a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica enquadra o fisioterapeuta como *“detentor de formação especializada, de nível superior e que, no desenvolvimento das suas funções, actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico ou processo de investigação ou identificação, cabendo-lhe conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho, no âmbito da respectiva competência profissional”*.

Na década actual (fase de 2000 – 2008), de início circunscrito mas final ainda por esclarecer, uma vez que a decisão política para número de anos que deve conter o 1º ciclo de estudos para o curso de fisioterapia não foi ainda tomada. Salienta-se o conteúdo vertido por Lopes no *“Relatório sobre a Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento – Tecnologias da Saúde”*, e em particular o que diz respeito à formação em Fisioterapia. Refere então o mesmo autor que *“A principal conclusão a retirar do nosso estudo é que a realidade das profissões de saúde englobadas na expressão operacional de Tecnologias da Saúde é muito diversa e multifacetada, apesar de possuírem um conjunto de competências que lhe são comuns, mas não exclusivamente suas”* (2004).

No que diz respeito aos cursos, foram os respectivos perfis de competências para o acesso às profissões, que demonstraram a necessidade de uma formação de 4 anos (240 ECTS), num ciclo único de estudos, incluindo o estágio de aprendizagem em contexto de prática profissional, para acesso imediato ao exercício autónomo das profissões em causa.

Deste modo, o relatório propôs unanimemente que o primeiro ciclo, no modelo de Bolonha, deve ter uma duração de 4 anos (240 ECTS), a que se seguirá um 2º ciclo

de um ano (60 ECTS) ou de dois anos (120 ECTS) conforme for exigido no plano nacional (Lopes, 2004).

Oliveira & *et al*, num estudo realizado em 2000, na zona de Coimbra, Lisboa e Porto, com uma amostra constituída por 88 fisioterapeutas, puderam concluir que as opiniões dos fisioterapeutas face à licenciatura em fisioterapia se caracterizavam do seguinte modo: quanto ao tipo de licenciatura em fisioterapia existe uma forte concordância para a exigência de 4 anos de formação mínima e de sequência única (2000).

Lopes refere também que a questão da regulação do exercício profissional, que é um dos elementos centrais referenciando no “*Bechmarking da QAA*” (UK) sobre a autonomia e responsabilidade profissional, é a de ser capaz de actuar respeitando os padrões de prática e requisitos definidos pelo organismo regulador da profissão. Este autor refere ainda que, “*A criação dos organismos reguladores destas profissões é uma necessidade identificada há já vários anos, sendo urgente a sua entrada em funcionamento efectivo*” (2004).

A fisioterapia é uma profissão de autonomia relativa, cujo contributo na área da saúde é considerado imprescindível, é uma disciplina científica reconhecida a nível mundial, tendo como base uma formação académica de 4 anos de duração em grande parte dos países europeus.

A Declaração de Bolonha pressupõe um Espaço Europeu de Ensino Superior Uniformizado, que deverá estar implementado até ao ano 2010. Esta questão tem sido uma preocupação constante da comunidade académica (universitária e politécnica) há já alguns anos. De facto, a 2 anos do prazo final para a implementação da Declaração pouco ainda está feito, pelo menos no que diz respeito às profissões das “Tecnologias da Saúde” e em particular à fisioterapia.

Já Fernandes na sua Dissertação de Mestrado e Lopes no seu “*Relatório sobre a Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional...*”, encomendado por solicitação da Ministra da Ciência, Inovação e Ensino Superior de então, manifestavam preocupações a este respeito, inclusive fizeram propostas de possíveis soluções para a implementação da Declaração de Bolonha ao nível das “Tecnologias da Saúde”. Estas apontavam para uma solução de formação de 4 anos para o 1º ciclo. Aliás, esta noção vem de encontro com a realidade do que já acontece na maioria dos países da União Europeia (2003), (2004).

Oliveira & Rebelo, relatam uma percentagem de 65,4% dos países da União Europeia apresentam cursos de fisioterapia com uma formação superior a 3 anos e 6 meses (2007). Estes autores referem (que) o seguinte:

“ O Ensino da Fisioterapia nos 27 países da União Europeia, que assinaram o processo de Bolonha, excluindo os países que não tem formação em fisioterapia, Chipre e Luxemburgo, a Eslováquia por não ter sido possível obter dados, e desdobrando a realidade mista do Reino Unido, podemos concluir que existe uma tendência clara de uma formação inicial de 4 anos ou mais (44,4%) e se considerarmos toda a formação superior a 3 anos e 6 meses, esta percentagem sobe para 65,4%”.

De facto, a formação de ciclo único com 4 anos de licenciatura em fisioterapia em Portugal, vem no sentido da recomendação internacional para a formação inicial de fisioterapeutas aprovada em 1995 pela “*World Confederation for Physical Therapy*” e adoptada pela “*European Region*” desta confederação, que é de quatro anos no mínimo. (Approved at the 13 th General Meeting of WCPT, June 1995)

1.4. ATITUDES

1.4.1. Conceito de Atitude

Quando analisamos um artigo, as páginas de um jornal ou revista, uma conversa entre amigos, encontramos quase sempre declarações que nos remetem para posições divergentes face a um mesmo assunto, isto é, diferentes opiniões face ao mesmo assunto.

Esta divergência de opinião diz respeito a situações sobre as quais é impossível estabelecer a posição adequada, correcta, ou incorrecta, pois cada posição é suportada com base em valores, sentimentos, crenças, expectativas e experiências diferentes que traduzem, eventualmente, comportamentos diferentes (Lima, 2004).

O conceito atitude é dos mais antigos e mais estudados em Psicologia Social e é um conceito que tem evoluído sobrevivendo aos diversos paradigmas explicativos, sendo difícil encontrar uma definição de consenso e que aparece ligado a diferentes perspectivas teóricas.

Allport em 1935 define atitude como “*um estado de preparação mental ou neural organizado através da experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre a resposta individuais a todos os objectos ou situações com se relaciona*”. Um outro autor, Ajzen em 1988, define atitude como “*uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento*”. Deste modo, a definição de atitude como um constructo hipotético indica que as atitudes não são directamente observáveis, uma vez que se trata de uma ilação sobre os

processos psicológicos internos do indivíduo, realizada a partir da observação dos seus comportamentos (Lima, 2004).

Para Lima, atitude é uma ideia conotada de emoção, pressupondo um conjunto de respostas, que envolvem uma componente cognitiva (pensamento sobre o objecto), afectiva (emoções sobre o objecto) ou comportamental (acção face o objecto). Apesar da diversidade relativa do conceito de atitude, o autor encontra alguns factores comuns, como por exemplo:

- As atitudes referem-se a experiências subjectivas, aprendidas;
- São sempre referidas a um objecto, face a...;
- Incluem uma dimensão avaliativa, isto é, traduz a posição do indivíduo face ao objecto;
- Não se podem observar directamente, mas pode-se aferir a partir de respostas dadas pelos indivíduos (2004).

Esta autora ao procurar definir o conceito de atitude leva-nos a observar a ambiguidade que advém da própria origem latina da palavra “atitude”: *actus* – acção, acto; e *aptitude* – aptidão (Lima 1993).

Se acrescentarmos a este facto a complexidade de variáveis como a experiência subjectiva e objectiva quanto ao objecto, assim como a dimensão avaliativa do mesmo, podemos encarar a atitude como uma *“combinação de conceitos, informação verbal e emoções, que resultam numa predisposição para responder favorável ou desfavoravelmente face a um grupo de pessoas, ideias, conhecimentos ou objectos”* (Jones, 1984).

Para os psicólogos sociais, o conceito de atitude procura ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos, tornando-se um elo de ligação entre a Psicologia Individual e a Sociologia, uma vez que permite *“identificar o posicionamento de um indivíduo face à realidade social”*. Deste modo, as atitudes não são desprovidas de um contexto, são antes resultantes de *“intervenção social, de processos de comparação, identificação e diferenciações sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros”* (Lima, 1993).

Segundo Triandis, *“atitude é uma ideia carregada de emoções que predispõe um conjunto de acções a um conjunto particular de situações sociais”* (1971).

As diferentes teorias relatam ligações do conceito de atitude a três dimensões distintas:

- Componente Cognitiva – *Ideia* – reflecte os pensamentos acerca do objecto da atitude, podendo assumir uma perspectiva perceptiva, informativa ou estereotipada: *“Se pensa logo sente, logo age”*.

- Componente Afectiva – *Emoções* – remete para o sentimento de agrado ou desagrado experimentado pelo sujeito, face ao objecto da atitude.
- Componente Comportamental – *Acção* – Relaciona-se com os comportamentos evidenciados pelo sujeito face ao objecto de atitude.

Lima ao procurar clarificar e diferenciar o conceito de atitude, referiu três termos a ter em conta:

- “Traços de Personalidade” – as atitudes distinguem-se destes por serem mais maleáveis, sujeitas a mudança, quer por via da experiência quer por via da informação do indivíduo.
- “Crenças” – entende-se a informação de que um indivíduo dispõe acerca do objecto face ao qual pode associar probabilidade de veracidade; *“As atitudes existem suportadas por crenças, que constituem a sua componente cognitiva e racional”*.
- “Valores” – para Rokeach (1979) citado por Lima (1993) *“os valores servem como padrões ou critérios para orientar não só a acção mas também a avaliação, as escolhas, as atitudes e as atribuições de casualidade”*; Os valores são mais gerais, abstractos, transcendendo objectos e situações, enquanto as atitudes se dirigem a um objecto (1993, 2004).

Para Lima, a definição de atitude refere-se sempre a objectos específicos, que estão presentes ou que são recordados através de um indício do próprio objecto. Assim quase tudo pode ser objecto de atitudes, pode ter-se atitudes face: a entidade abstracta ou concreta; entidade específica; comportamentos; entidade ou objecto político ou social (2004). Do mesmo modo, as atitudes que se referem a objectos de carácter organizacional (como satisfação com a empresa, etc.), são designadas por atitudes organizacionais. As atitudes face a pessoas específicas são geralmente designadas por atracção interpessoal e por fim as atitudes relativas ao próprio são designadas por auto-estima.

1.4.2. Formação de Atitudes

A formação de atitudes sugere uma aprendizagem gradual, através de experiências e do contacto que o indivíduo estabelece com o mundo que a rodeia. As atitudes não são inatas, mas sim adquiridas. Portanto, são aprendidas através da interacção com os objectos sociais (Pais, família, amigos...) e em contextos específicos.

Deste modo, as atitudes reflectem assim, uma determinada interacção e objectivo, sendo passíveis de mudança. Têm uma dimensão dinâmica porque os indivíduos adquirem continuamente informação e experiências novas que se relacionam com o objecto da atitude (Alcobia, 2001).

Segundo Thomas, as atitudes são apreendidas de três formas:

1ª - O indivíduo pode “*interiorizar as atitudes exibidas pelos outros significativos*”;

2ª - “*Adquirir determinadas atitudes a partir de uma vivência particular*”;

3ª - Ou “*Pode desenvolver as suas atitudes a partir do seu contacto com o meio social envolvente*” (1978).

É referido por diversos autores a importância de factores como a hereditariedade, a família, a escola, as experiências directas e indirectas, na formação e mudança de atitudes.

Por exemplo, Lima considera duas linhas teóricas na pesquisa sobre a formação de atitudes:

1ª Centra-se nos processos cognitivos

2ª Centra-se nos processos afectivos / emocionais (1993).

Fazio e Zanna em 1981, citados por Lima referem que a experiência directa leva à formação de atitudes mais estáveis e duradouras (1993).

Zajonc em 1968 descreveu que “*o aumento da familiaridade com um objecto inicialmente neutro levaria ao aparecimento de sentimentos positivos*”. Nesta perspectiva poder-se-á não mudar crenças relativamente ao objecto, mas dá-se uma mudança na posição do sujeito face ao objecto (Lima, 1993).

Tendo em conta o conceito e a formação de atitudes, estas assumem uma grande importância quando estudadas, pois poderão ser usadas para reflectir e prever uma acção positiva ou negativa face a determinado objecto.

De facto, o conceito de atitude baseava-se na suposição de que estas afectam e interagem com o comportamento. Logo, importa estudá-las, conhecê-las face a um objecto concreto, para que se possa reflectir e elaborar programas de mudança ou de incentivo a atitudes desejáveis socialmente.

Na relação entre atitudes e comportamentos, Fazio, conclui o seguinte: “as primeiras definições sobre o conceito de atitude postulavam a relação atitude/comportamento como uma parte da definição e (...) se esta relação com o comportamento fosse quebrada, então não haveria atitude” (1986).

Segundo Fazio e Zanna, cit. por Lima, nos seus estudos referenciaram que as atitudes construídas na base da experiência directa são mais indicadoras do

comportamento do que as baseadas na experiência indirecta. Se em alguns estudos esta relação do poder predicativo das atitudes é muito forte e observável, em outros ele é indefinido ou até mesmo contraditório (2004).

1.4.3. Avaliação das Atitudes

A extensa história das atitudes na psicologia social permite que se tenham desenvolvido formas estruturadas de as avaliar através de diversos tipos de respostas observáveis relativamente a esse constructo inferido.

Para Rosenberg e Houland em 1960, cit. por Lima, atitude é definida como uma predisposição para responder a um determinado estímulo específico com uma determinada resposta característica. Estes autores propuseram categorizar as respostas observáveis, directamente resultantes das atitudes, como respostas afectivas, cognitivas e comportamentais. De acordo com este modelo explicativo das três componentes, é considerada uma perspectiva multi dimensional (1993, 2004).

No entanto, as definições de atitudes apresentam muitas vezes uma perspectiva unidireccional. Daí se compreende que a avaliação ou medição das atitudes corresponde, também, à avaliação de um destes três tipos de resposta.

As diferentes abordagens do conceito de atitude, que implicam diversidade nas definições, decorrem consequentemente de diferentes perspectivas teóricas e de diferentes metodologias e técnicas de medição.

Na medição das atitudes, é possível considerar três grupos de técnicas que permitem o seu estudo fidedigno e válido: escalas de atitudes; técnicas psico fisiológicas (corporais); e técnicas de observação do comportamento (comportamentais).

O método de tipo Likert, cit. por Lima, e por Alcobia, é uma das técnicas mais usadas, que procura reflectir com alguma precisão as avaliações das respostas dos inquiridos. As frases construídas para aplicação deste método, implicam uma escolha radical entre dois tipos de posicionamento face a um objecto, o concordo completamente ou o discordo completamente (1993, 2004); (2001).

Embora a escala permita uma variância de 1 a 5, um posicionamento claro e preciso dos indivíduos avaliados face ao objecto de estudo das atitudes, é que irá permitir aferir se é uma atitude claramente positiva ou negativa, face ao objecto em questão.

1.4.4. Percepção de Atitudes

A compreensão do fenómeno perceptivo em geral e a percepção de atitudes em particular, tornam-se imprescindíveis para um melhor entendimento deste trabalho.

Segundo Neves, poder-se-á “*definir percepção como o processo automático de organizar e de estruturar as características oriundas de um conjunto complexo de estímulos num todo interpretável e com significado.*”. Porém, para este autor, esta definição de *percepção* pode ser considerada ambígua quando comparada com a definição do conceito de *sensação*, sendo a *sensação* consiste na capacidade de reagir a um estímulo e de discriminar estímulos no que diz respeito à duração e intensidade dos mesmos (2001).

Existem diversas variáveis que influenciam o fenómeno perceptivo, sendo que este não se resume meramente a uma relação estímulo / resposta. O Estímulo, o Organismo, o Indivíduo, a Situação, influenciam o resultado do processo psicológico da relação estímulo / resposta, assim como, o conceito de significado que o estímulo percebido representa para o indivíduo que percepção. Deste modo, o resultado de um acto perceptivo pode ser, por vezes, diferente da realidade objectiva.

Cada indivíduo é, no seu dia-a-dia, confrontado com um conjunto de estímulos que são interpretados através do fenómeno perceptivo. Este fenómeno acontece na maioria das vezes de forma automática e inconsciente e segundo a psicologia genética, ele obedece a três fases: *síncrese* (percepção global, conjunta e indistinta do estímulo com base no sistema sensorial), *análise* (discriminar e identificar as partes como partes, e aqui já é com base no interesse, necessidade, experiência e aprendizagem do indivíduo) e *síntese* (corresponde à reunificação das partes num todo significativo, com base na memória – identificamos, na linguagem – designamos e com base no sistema sócio cultural de referência – atribuímos o significado) (Neves, 2001).

Em resumo, a percepção não depende unicamente do objecto percebido, nem do indivíduo que percepção, é mais o resultado da interdependência entre o indivíduo, o objecto percebido e o contexto em que a percepção acontece. Quer se trate de percepção de objectos, quer indivíduos, esta actividade ocorre em função de uma organização e estruturação dos estímulos, cujo intuito consiste em integrar numa unidade ou categoria, um conjunto de estímulos independentes, interligados entre si, com o objectivo final de se atribuir significado ao estímulo. Todavia, segundo Fiske e

Taylor (1991) citados por Neves, existem diferenças entre a percepção de objectos e a percepção de pessoas (2001).

Percepcionar pessoas é um processo *activo* (as pessoas são percebidas como agentes causais, controlam a informação que dão a seu respeito, implicando que o indivíduo que percebe tenha de ter um papel activo na descoberta da autenticidade da informação), *dinâmico* (tendemos a perceber os outros face a um conjunto de inferências que derivam da nossa experiência de vida), *interactivo* (a percepção do outro influencia o nosso comportamento, que por sua vez influencia a resposta que esse outro emite) e *complexo* (a percepção de pessoas lida com um conjunto estímulos complexos e em grande número, pouco explícitos e em transformação contínua, que por vezes implicam inexactidão perceptiva), ao contrário de perceber objectos que é um processo estático em todas estas dimensões.

1.5. OPINIÕES

As ciências sociais, aos longos dos tempos têm demonstrado um importante interesse pelo estudo e medição de atitudes e opiniões no esforço de explicar o comportamento social e deste modo têm se preocupado com o modo como o indivíduo forma as suas opiniões e o papel que as condições sociais desempenham nesse processo.

Tanto a opinião como a atitude se manifestam perante um objecto, especialmente quando se trata de um objecto social e exprimem-se no sentido negativo ou positivo. No entanto, Gerard e Orive consideram a opinião como um estado preparatório para a acção por parte de um indivíduo perante um objecto ou um acontecimento. Para estes autores, o termo opinião é utilizado como sendo uma crença avaliativa do indivíduo em relação ao objecto, compreendendo uma componente cognitiva e outra afectiva, excluindo deste conceito as opiniões não avaliativas baseadas na interpretação de factos (1987).

Lima citando Eysenck (1954), no seu modelo hierárquico de organização das atitudes sociais, considera e distingue três conceitos: opiniões, atitudes e ideologia (1993).

Assim, as opiniões são respostas a questões concretas unidimensionais, enquanto as atitudes são conjuntos coerentes de opiniões resultantes da análise das mesmas, portanto situando-se num patamar superior e por fim, a ideologia é o agrupamento de atitudes por ser mais abstracta e abrangente. Este modelo explicativo tem sido

contestado no que diz respeito ao conceito de ideologia, por este se centrar no indivíduo, esquecendo o seu carácter social.

Stoetzel distingue três funções nas opiniões, uma vez que é pela função das opiniões que se compreende o facto de um indivíduo ter opinião determinada (1963).

A primeira função das opiniões é adaptação à realidade, isto é, as opiniões e as atitudes ajudam o indivíduo a classificar os objectos do meio envolvente e deste modo, disponibilizam predisposições para agir e para enfrentar esses objectos. O seu comportamento desenrola-se num ambiente próprio que constitui para ele a realidade.

A segunda função das opiniões é contribuir para adaptar o indivíduo ao seu grupo, de maneira a que ele seja aceite pelo grupo e esta aceitação é extraordinariamente necessária ao indivíduo. Assim, o indivíduo tenderá a exprimir opiniões aceitáveis pelo grupo, evitando as menos adequadas ao grupo.

A terceira função é uma função de exteriorização, resultante da percepção que o indivíduo tem após a reflexão de uma analogia entre o acontecimento do meio externo e um problema interior mal resolvido, nem sempre adequadamente exteriorizadas por necessidade de autodefesa do indivíduo.

Segundo Festinger, as opiniões para serem válidas carecerem de fundamento, especialmente quando as opiniões de um indivíduo não apresentam grande relação com a realidade objectiva, a realidade social assume assim um papel essencial porque as opiniões só são validas a partir do momento em que se apoiam num grupo de indivíduos com opiniões semelhantes (grupo de referência), onde o indivíduo pretende aderir, afastando-se assim, de grupos com opiniões discordantes (1950). Este autor afirma ainda que, as opiniões, atitudes e crenças de um indivíduo só são percebidas como correctas, válidas ou adaptadas, a partir do momento em que estão apoiadas num grupo que possua crenças, atitudes ou opiniões idênticas às suas.

Vala et al. considera que a validação das opiniões pode ser problemático para o indivíduo quando pretende atribuir objectividade às suas opiniões ou encarar reais as suas percepções (1998). Esta dificuldade emerge do facto de que o indivíduo ao ser confrontado, diariamente, com percepções e opiniões diferentes que geram dúvida. Deste modo, o indivíduo terá necessidade de restabelecer o estado de certeza, o que pode dirigir para a comparação com opiniões de outros indivíduos semelhantes, tal como preconizou Festinger em 1971 na sua teoria da comparação social.

Esta teoria da comparação social postula a existência de uma motivação individual para a avaliação de opiniões. Como relata Jesuíno, os indivíduos tem necessidade de se auto avaliar, mas quando não dispõem de um critério objectivo e não

social para proceder essa avaliação, emerge a necessidade de comparar com as opiniões e capacidades de outros indivíduos (1994).

Qualquer indivíduo quando confrontado com uma situação que não compreende ou que não esteja certo da sua opinião, poderá aumentar a certeza verificando a opinião em relação à realidade física ou verificando a opinião em relação à realidade social, isto é, verificar em relação à opinião dos outros, procurando avaliar mais correctamente a situação.

De acordo com a teoria da comparação social, cada indivíduo ambiciona aumentar a certeza da sua opinião, o que cria pressões em direcção à uniformidade, tendo como referencia a opinião do grupo (Festinger, 1957). Esta teoria não estimulou grandes estudos ou investigações, pelo contrário, a teoria da dissonância cognitiva do mesmo autor, esteve na origem de grandes pesquisas domínio da Psicologia Social com importante impacto aquando da sua publicação. O autor admite que todos os indivíduos têm necessidade de manter a consonância entre cognições relevantes que têm a respeito de um mesmo objecto, sendo que entende como cognições todos os conhecimentos, atitudes e crenças dos indivíduos acerca de si próprios e da realidade envolvente.

A dissonância cognitiva surge então, quando as cognições não se ajustam entre si. Lima, cita como exemplo que um homem que se julgue atencioso e se esquece dos anos da mulher encontrar-se-á numa situação de dissonância cognitiva. Isto é, a existência de uma cognição implicará a presença do oposto da segunda cognição (1993).

Esta dissonância cognitiva gera algum desconforto psicológico ao indivíduo, este irá procurar reduzir ou minimizar o efeito através de dois processos: diminuir o número ou importância de fundamentos dissonantes ou aumentam o número de cognições consonantes.

Jesuino refere que a influência social é definida dentro da psicologia social como a “ (...) mudança nos juízos, opiniões e atitudes de um indivíduo como resultado da sua exposição aos juízos, opiniões e atitudes dos outros.” (1994). Ainda de acordo com este autor, o primeiro a investigar esta temática foi Sherif em 1935 e dos seus trabalhos resultaram as seguintes conclusões: que os indivíduos que experimentaram sentimentos de insegurança, estes sentimentos foram ultrapassados na situação individual pela formação de uma norma subjectiva. Nas situações de grupo, esta incerteza é reduzida através da convergência das diferentes normas subjectivas para uma norma comum. As normas emergentes nos grupos assentam neste processo de ajustamento mútuo.

Festinger também realizou alguns trabalhos de investigação para estudar o fenómeno da influência social e os seus resultados mostraram que os indivíduos

desviantes mudaram a sua opinião quando tiveram acesso às opiniões fictícias de outros, e que eram diferentes da sua (1952).

Também Asch considera que a influência social distorce a acção, o julgamento e a percepção do indivíduo e o papel do consenso neste processo e resulta do significado que o indivíduo atribui ao acontecimento que observa e é grandemente condicionada pelo contexto social (1952). Uma resposta observada nos outros só é aceite sob determinados critérios de validação, como a adequação da resposta à realidade a explicar ou a relação entre a resposta dos outros e a resposta do próprio indivíduo, isto é, a realidade é percebida da mesma forma por todos.

Moscovici citado por Garcia-Marques refere nos seus textos, a influência que uma minoria pode exercer no sentido de mudar as normas do grupo (2001). Mais tarde, desenvolve uma nova teoria, a teoria genética. Das várias experiências resultou que uma minoria consistente pode produzir tanta aceitação pública como privada, enquanto uma maioria não produz aceitação privada, apesar de produzir maior aceitação pública. Estas teses de Moscovici não tiveram comprovação posterior em outros trabalhos realizados e mais recentes. De facto, muitas questões foram levantadas e muitas continuam ainda sem resposta no que diz respeito ao estudo das opiniões.

1.6. ABORDAGEM DA NOÇÃO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A noção de imagem e de percepção assenta sobre uma assimetria marcada entre o sujeito que imagina ou percebe e o objecto que é imaginado ou percebido.

Ao combinar elementos cognitivos, uma imagem é particularmente capaz de tornar familiares objectos, pessoas ou acontecimentos, que permanecem remotos, distantes e estranhos. A imagem pode ser considerada como uma representação mental de um objecto ausente, ou como "sensações mentais, impressões que os objectos e pessoas deixam no cérebro" (Moscovici, 1988).

Para Abric, a imagem é em primeiro lugar *"um reflexo, mais ou menos exacto, mais ou menos elaborado de realidade exterior"*. Assim, a função primordial da imagem consiste na selecção, na filtragem da informação recebida pelo sujeito com vista a manter coerência interna e o controlo pelo indivíduo das suas percepções e das interpretações efectuadas (1987).

A percepção numa perspectiva clássica, é um mecanismo que se pode analisar em termos de aprendizagem, distinguindo-se da imagem pela presença do objecto que

causa um certo estímulo aos sentidos do indivíduo, provocando uma resposta e assumindo por isso um estatuto mais concreto.

Segundo Abric, citando Moscovici, a noção de representação remete para o facto de *"não haver corte entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo (ou do grupo), pois o sujeito e o objecto não são funcionalmente distintos"*. Assim, a representação surge como um todo, onde sujeito e objecto estão presentes, indistintamente ligados e interdependentes (1987).

Com base neste pressuposto, o autor define representação como *"produto e processo de uma actividade mental, pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual é confrontado e atribui-lhe um significado específico"*. Este significado resulta directamente da atitude e da opinião, consciente ou não, emitidas pelo indivíduo ou pelo grupo, bem como pelas suas crenças e valores.

A representação surge deste modo, como reflexo não do objecto em si mesmo, mas das relações complexas, reais ou imaginárias, objectivas ou simbólicas, que o indivíduo estabelece com este objecto. Estas relações fazem da representação um sistema simbólico, organizado e estruturado, onde a função primordial é a apreensão e controle do mundo pelo indivíduo, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo. Tal facto concorre para uma favorável adaptação do indivíduo, sendo a representação um elemento essencial na orientação dos comportamentos (todo o comportamento é simultaneamente *input* e *output* de uma forma de o representar).

Como produto e processo de uma actividade mental, a representação constitui um universo de opiniões e de crenças, organizadas em volta de uma significação central, em referência a um dado objecto, sendo por isso não o reflexo do objecto, mas sim uma reconstrução da realidade, em função de individualidade de quem a produz.

Segundo Moscovici, as representações remetem para necessidades sociais, podendo ser encaradas como o reflexo do sujeito, da sua subjectividade, ou como uma consciência social (1988). As representações remetem para um sistema de pensamento, ideologias e culturas, ao mesmo tempo que não podem ser dissociadas da condição social (valores, crenças) e do conjunto de experiências vividas pelos indivíduos. De facto, as representações exprimem aqueles (indivíduo ou grupo) que as formam e dão do objecto representado uma definição específica. Estas, ao serem partilhadas por elementos de um mesmo grupo, desencadeiam uma visão consensual da realidade, a qual constitui um guia para a acção e dinâmica relacional.

Assim, as representações surgem como uma forma de conhecimento (senso comum), socialmente elaborada e partilhada, assumindo uma visão prática e concorrente para a construção de uma realidade comum a um grupo social. Com efeito, enquanto

sistemas interpretativos (assentes em elementos informativos/ cognitivos/ ideológicos, crenças, valores, imagens, atitudes), que regem a relação do indivíduo com o mundo e com os outros, as representações organizam e orientam as condutas, assim como as comunicações. Do mesmo modo intervêm nos processos de difusão e assimilação de conhecimentos, desenvolvimento individual e colectivo e na definição de uma identidade pessoal e social.

As representações remetem para uma apropriação da realidade exterior e para uma elaboração psicossocial dessa realidade, assumindo-se como uma modalidade de pensamento, que ganha uma especificidade na sequência do seu carácter social. De facto, representar ou representar-se corresponde a um acto de pensamento pelo qual um indivíduo se relaciona com um objecto. Este pode ser pessoa, acontecimento, ideia, pode ser real ou imaginário, mas está sempre "presente", visto que a representação permite ver o objecto, torna-o presente mesmo quando está ausente.

Pelas representações sociais, o indivíduo estabelece uma relação de "simbolismo" e de "interpretação", atribuindo um significado ao objecto representado, que resulta de uma actividade que confere à representação um carácter de "construção" e de "expressão" do indivíduo (psicológico, social, e colectivo).

Deste modo, a representação social assume um carácter construtivo, criativo, autónomo, que comporta uma componente de reconstrução e de interpretação do objecto e de expressão do indivíduo, não sendo por isso uma reprodução ou cópia passiva de um mundo exterior num interior.

A noção de representação social possui duas componentes importantes e intimamente relacionadas: psicológica e social.

A primeira, diz respeito ao acto de representar, enquanto acto de pensamento através do qual um indivíduo se reporta a um determinado objecto. Para Jodelet, *"em todos os casos a representação remete para um acto de pensamento, que restitui simbolicamente qualquer coisa de ausente, que aproxima qualquer coisa de longínquo"* (1984).

A componente social, refere-se ao facto das categorias que estruturam e exprimem a representação, serem constituídos através da influência da acção sócio cultural. Esta componente remete para o papel da linguagem no processo de formação das representações sociais. De facto, tendo a mesma significação tanto para aquele que fala como para aquele que escuta, a linguagem permite representar um objecto ausente ou invisível e evocar o passado ou o futuro.

Assim, uma representação social deve ser analisada como uma actividade simultaneamente simbólica e cognitiva e encarada como uma construção psíquica individual que veicula normas e valores sociais.

A representação enquanto produto de uma actividade mental do indivíduo surge como um universo de opiniões ou de crenças, em redor de um significado central. Moscovici, ao encarar a representação como um universo de opiniões, defende de igual modo que, independentemente da natureza exacta dos seus elementos constituintes, ela pode ser analisada considerando três dimensões: atitude, informação e imagem ou campo de representação (1976).

A atitude exprime a orientação geral, positiva ou negativa (do indivíduo que elabora a representação), face ao objecto representado. Ela existe sempre, mesmo no caso de uma informação reduzida ou de um campo de representações pouco organizado. É susceptível de exprimir o aspecto mais afectivo das representações.

A informação reenvia para o conjunto de conhecimentos (estereotipados) que o indivíduo possui, quer do ponto de vista qualitativo quer quantitativo sobre determinado objecto social.

O campo da representação, refere-se ao modo como o conteúdo da representação está organizado e ao seu carácter mais ou menos complexo, remetendo para a ideia de imagem (modelo social).

Segundo Abric, as representações possuem um carácter concreto, abstracto e os seus elementos têm um estatuto misto de conceito e de percepção, sendo que qualquer representação é constituída por três elementos fundamentais: núcleo central, conjunto de informações (crenças organizado à volta deste núcleo) e um sistema de categorização (1987).

O núcleo central de uma representação é, para Abric, "*o fundamento da estrutura e da natureza da representação*". O autor considera que a natureza do núcleo central depende: da individualidade do sujeito que representa, em particular do tipo de relação que estabelece com o objecto e das suas expectativas; das características sociais do objecto (normas e valores do sistema social); da situação na qual se inscrevem o indivíduo e o objecto; dos objectivos implícitos ou não do indivíduo que elabora a representação (1987).

Uma representação é, por outro lado, um universo de opiniões que remete para uma operação de selecção ou de transformação, visando os elementos não conforme à atitude em geral que está subjacente à representação e uma operação de regulação que contribua para um equilíbrio da representação, mas face a um mundo em constante mudança.

O sistema de categorização é elemento essencial da dinâmica de constituição, conservação, ou evolução da representação. De facto, é a partir de um sistema de categorização pré-existente (no indivíduo ou no grupo), que a representação se constitui. Assim, a função principal da categorização é permitir a descoberta, compreensão e organização da realidade, de modo a obter para a representação uma coerência interna.

Estes aspectos remetem para uma actividade complexa do indivíduo face ao meio, pelo que a representação pode ser considerada como uma *"actividade de reconstrução mental da realidade, pelo indivíduo"* (Abric.1987).

Moscovici refere que a *"representação social é um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que permite não só a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e das sociedades, mas constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e de elaboração das respostas"* (1988).

O estudo do fenómeno cognitivo faz-se a partir dos conteúdos representativos, tendo por base distintos suportes: linguagem, discurso, práticas, sem esquecer a existência, por um lado de trocas intra-individuais, por outro lado, de uma consciência de grupo.

A representação social é constituída por uma multiplicidade de parâmetros, que se conjugam de modo a construir uma forma de saber: informações, imagens, crenças, valores, elementos culturais e ideológicos. A génese das representações tem por base as aprendizagens sociais que ocorrem ao longo do desenvolvimento do indivíduo.

Moscovici explicitou dois processos, a objectivação e a ancoragem, através dos quais se forma uma representação social, isto é, o modo como o social transforma um conhecimento em representação e como essa representação transforma o social (1988).

Ao nível do processo de Objectivação efectua-se um *"ajustamento particular dos conhecimentos relativos ao objecto de representação"*. A influência do social articula a representação com uma das características do pensamento social (tornar concreto o abstracto) (Moscovici, 1988). Assim, e segundo Jodelet, o processo de objectivação, pode ser definido como *"operação imagénica e estruturante"* (1984).

O processo de Objectivação, tal como é referido por Moscovici, é decomposto em três fases distintas: "Construção selectiva", "Esquematização estruturante" e "Naturalização". As duas primeiras fases manifestam o efeito da comunicação e dos aspectos relacionados com a pertença social dos indivíduos, sobre a escolha e disposição dos elementos constituintes da representação. A terceira fase atribui às noções, um valor de realidades concretas directamente utilizáveis na acção sobre o mundo.

Quanto ao processo de Ancoragem, não só se realiza o enraizamento social da representação e do seu objecto, como também se efectua a integração cognitiva desse objecto no sistema de pensamento pré-existente. As alterações que ocorrem repercutem-se de forma recíproca, no objecto representado e no sistema de pensamento. Deste modo, os conteúdos e a estrutura são influenciados pelo processo de Ancoragem, que intervém ao nível da formação das representações, assegurando a sua incorporação no social.

Este processo conduz à instrumentação de um saber, conferindo-lhe um valor funcional, na medida em que permite ao Indivíduo interpretar e gerir o meio (agir sobre o mundo e os outros). Em suma, pode-se considerar que a estrutura imagénica da representação transformar-se para o indivíduo numa teoria de referência para compreender a realidade.

Para Jodelet, os processos de objectivação e de ancoragem estabelecem entre si uma relação dialéctica, articulando três funções de base da representação: função cognitiva de integração da novidade; função de interpretação da realidade; função de orientação das condutas e das relações sociais (1984).

A representação permite interpretar os fenómenos psicológicos, mais concretamente as operações do pensamento no contexto das interacções sociais. Os processos subjacentes à representação social permitem integrar a novidade, pelo que transformam o estranho em familiar.

A representação social é determinada pela estrutura social na qual ela se desenvolve e reflecte a posição do indivíduo, no seu habitat físico e social. Os elementos que a constituem e a sua estrutura interna, permitem reconhecer as características do grupo ao qual ela se refere. Simultaneamente, constata-se que utilizando uma linguagem própria, adaptada ao objecto e a realidade social, a representação social facilita a comunicação e a compreensão a um nível relacional, sendo que também contribui para a orientação das condutas sociais.

Assim, a representação social tem como característica principal ser "*produzida e engendrada colectivamente*" (Moscovici, 1988). Deste modo, a representação remete para uma partilha social, supondo um processo de adesão e de participação que se aproxima da crença. A partilha de uma mesma condição social, a qual se acompanha de uma relação com o mundo, valores e modelos de vida, produz efeitos na forma de conceber e de representar o social. Partilhar uma ideia e uma linguagem, é também afirmar um laço social e uma identidade própria.

1.7. EXPECTATIVAS

O conceito de expectativa foi desenvolvido de uma forma sistemática no contexto da Teoria da Aprendizagem Social de Rotter em 1985. O autor desenvolve a ideia de que os comportamentos são determinados não apenas em função do indivíduo, mas também do contexto em que ocorre. Eles são resultantes do conjunto de experiências acumuladas, isto é, aprendidas. Qualquer comportamento é determinado pela expectativa que esse comportamento conduz a um certo reforço e pelo valor do reforço do objectivo.

Assim, para Weiner em 1992; citando Rotter, as expectativas surgem como a probabilidade sustentada pelos indivíduos de determinado reforço ocorrer em função de um comportamento ou situação específica (1985). Estas expectativas desenvolvidas pelos indivíduos, segundo o autor, podem ser de dois tipos: *expectativas específicas* (baseadas na percepção de situações semelhantes, vividas e/ou experiências anteriormente) e; *expectativas generalizadas* (baseadas na percepção de reforços semelhantes e na percepção de situações semelhantes).

A abordagem da Teoria da Aprendizagem Social, no que concerne às expectativas, reflecte a importância dos contextos sociais mas também da percepção de controlo que os indivíduos têm sobre estes mesmos contextos no desenvolvimento das respectivas expectativas.

Jones desenvolve uma perspectiva centrada na identificação dos factores que determinam o tipo de expectativas que os indivíduos desenvolvem sobre outros indivíduos (1990). Nesse sentido, o autor apresenta uma categorização do tipo: *expectativas baseadas em categorias* (diz respeito às expectativas que formulamos sobre as diversas categorias de pessoas que conhecemos e quanto mais prováveis se apresentam mais relevantes se tornam para fundamentar o juízo de valor sobre o sujeito alvo) e; *expectativas baseadas no alvo* (reflectem a informação ou a experiência já existente, com o sujeito alvo, podendo ser específicas ou generalizadas, sendo, no entanto, mais difíceis de aceitar do que o primeiro caso).

No entanto, estes dois tipos de expectativas, ainda segundo o autor, nunca se encontram no seu estado “puro”, havendo, uma forma mista de tipologia de expectativas, o que dificulta o seu grau de consistência ou veracidade. Refere ainda a importância da existência de diferentes efeitos possíveis em função da forma como ocorre o acesso à informação.

Podemos então considerar que, segundo Jones, o *efeito de precedência* e o *efeito de recência*, em que o primeiro efeito é mais relevante para as expectativas, uma vez que permite mais facilmente determinar qual a informação subsequente que interessa reter e interpretar, no sentido de confirmar as expectativas iniciais (1990).

A forma como este autor apresenta o processo de construção das expectativas pelos indivíduos, dando importância à informação anterior com o sujeito alvo e dos mecanismos de categorização dessa informação, parece-nos pertinente introduzir um outro conceito teórico: *Estereótipos*.

Os estereótipos são estruturas cognitivas constituídas por um conjunto de crenças e expectativas sobre os comportamentos de pessoas ou grupo de pessoas, construindo o ponto de partida ou o produto final do processo de estereotipia, Leyens et al., definem assim, estereótipos e introduzem a dimensão individual, assim como social deste conceito, ao diferenciar os estereótipos do processo de estereotipia (Leyens et al., 1994).

Já Jones, entre outros autores, referem que a noção de estereótipo surge ligada ao processo de categorização social e à construção de expectativas (1990). Este tipo de expectativas estereotípicas, têm efeitos ao nível da procura e do processamento de informação sobre um indivíduo ou grupo alvo, uma vez que influenciam a interpretação da nova informação recebida condicionando a selecção de informação na memória, com o objectivo de assegurar a consistência esperada e determinar o que é considerado informação importante, ou relevante, acerca do alvo. Estas expectativas influenciam, também, a própria interacção dos indivíduos com o alvo, através de determinados mecanismos específicos.

Na sequência da articulação dos estereótipos com um conjunto de outros processos cognitivos, que estão na base da percepção dos indivíduos sobre a realidade social, é importante considerar a componente de atribuição causal que contribui, tal como os processos de categorização e formação de expectativas, para legitimar as crenças sobre os grupos sociais.

Deste modo, ao falar de categorização social, há que ter presente não só os critérios de classificação que diferenciam as categorias, mas também os próprios conteúdos dessas mesmas categorias. Assim, segundo Amâncio, “*os estereótipos sociais amplamente partilhados sobre determinados grupos constituem, nesse caso, um recurso simbólico, para as explicações do comportamento dos membros desses grupos, visto que a diferenciação intergrupala se exprime nos seus conteúdos avaliativos*” (1994).

As dimensões de atribuição causal que os indivíduos apresentam para justificar determinados comportamentos nos grupos, tendem a confirmar os seus estereótipos e

expectativas acerca desses grupos, assegurando, assim, a manutenção da sua diferenciação categorial. Logo, os estereótipos e as expectativas afectam as atribuições causais imediatamente no momento em que é percebida e tornada evidente a pertença a um determinado grupo.

1.8. EFICÁCIA

O conceito de Eficácia tem sido alvo de diferentes definições e operacionalizações, ao longo do tempo, verificando-se um crescente interesse por esta área de estudo. Embora já anteriormente à década de oitenta houvesse diversas iniciativas de estudo nesta temática, é precisamente nesta década, que começa a haver um contributo maior para compreensão e operacionalização do conceito Eficácia, como também para o conceito de Auto-Eficácia e em parte devido aos trabalhos de Bandura com a Teoria Sócio-Cognitiva (Bandura, 1977, 1986, 1997).

Porém, quando se centra a pesquisa na área de conhecimento que remete para a fisioterapia, como também para população alvo, isto é, os profissionais de saúde em geral, os fisioterapeutas em particular, os estudos já são escassos.

Ao longo das pesquisas efectuadas tem-se encontrado uma diversidade de definições tal para o conceito de Eficácia, que este estudo leva já em linha de conta uma tentativa de esclarecimento de diversos conceitos que figuram relacionados e, por vezes, como sinónimos, podendo deixar alguma dificuldade de compreensão do estudo. Por exemplo, segundo Passos, a definição de produtividade aparece entendida como sinónimo de desempenho, eficiência, eficácia ou até como competitividade (2001).

Pritchard, em 1992, citado por Passos, considera três categorias globais para definição de produtividade: *“produtividade como uma função de entre os inputs e os resultados; produtividade como uma combinação de Eficiência e Eficácia; e produtividade como uma característica que conduz ao bom funcionamento da Organização”* (2001).

Deste modo, a associação entre Eficiência e Eficácia implica, desde já, uma diferenciação e esclarecimento de conceitos. Segundo Ferreira a Eficiência é vista como uma medida interna que se refere à optimização entre os recursos usados e os resultados alcançados pela organização, enquanto Eficácia é uma medida externa que estabelece a capacidade de uma organização em atingir os resultados que são considerados aceitáveis pelo ambiente onde opera (2001).

Assim, a Eficácia coage os indivíduos a executar e a produzir resultados, de acordo com o estipulado pelas normas sociopolíticas externas e exigido por outras organizações e grupos externos.

Bettencourt *et al.* (2005) refere no trabalho “*Padrões de Práticas*” da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas que, citando como fonte Associação Portuguesa de Economia de Saúde, a Eficácia diz respeito aos resultados ou consequências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal. Enquanto Eficiência corresponde à relação entre recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada actividade (2005). A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado.

Parece também pertinente abordar a distinção entre Eficácia (*Efficacy*) e Efectividade (*Effectiveness*), uma vez que a Efectividade, em particular a Efectividade Clínica (*Clinical Effectiveness*), é um termo comum na realidade da prática do fisioterapeuta. Deste modo, a Efectividade diz respeito aos resultados ou consequências de determinado procedimento ou tecnologia quando aplicados na prática. A Efectividade de um programa de saúde distingue-se da sua Eficácia pelo facto de fazer referência a situações reais, enquanto Eficácia se aplica apenas aos resultados obtidos em condições ideais (Bettencourt *et al.*, 2005).

Apesar de a literatura apresentar uma diversidade de conceitos de grupo, entenda-se como grupo a definição de Guzzo e Dickson em 1996, citado por Passos, considera que um grupo: “*é constituído por indivíduos que se vêem e são percebidos pelos outros como uma entidade social, que são interdependentes devido às tarefas que realizam enquanto membro do grupo, que estão inseridos num sistema social maior (ex. comunidade, organização) e que realizam tarefas que afectam os outros (ex. clientes, colegas de trabalho)*” (2001).

Assim, e tendo em conta esta definição, enquadrámos a população alvo deste estudo como um grupo, num sentido mais lato o grupo de Profissionais de Saúde e num sentido mais restrito o grupo de Fisioterapeutas.

A psicologia social durante décadas liderou a investigação sobre grupos e/ou equipas de trabalho, mas com envolvimento cada vez maior da psicologia das organizações na investigação desta temática, conduziu a que a Eficácia se tenha tornado fulcral no universo da investigação neste domínio. Uma parte fundamental da actual investigação dedicada a grupos e equipas de trabalho incide sobre a temática da performance, desempenho ou Eficácia.

Lourenço *et al.* no seu artigo “*Equipas de Trabalho: Eficácia ou Eficácias?*”, procuraram reflectir esta questão sobre a qual e, no quadro da investigação sobre grupos e equipas de trabalho fará mais sentido falar de Eficácia ou será melhor, assumindo a pluralidade de representações e perspectivas, utilizar o termo Eficácias (2000).

De facto, uma boa parte fundamental da investigação mais recente dedicada a grupos e equipas de trabalho centra-se sobre a temática da eficácia. A reduzida discussão à volta do significado do conceito de Eficácia, por parte da comunidade científica, poderá insinuar objectividade, clareza e univocidade do seu conceito. No entanto, a investigação empírica e os diversos modelos explicativos de Eficácia das equipas de trabalho presentes na revisão de literatura da especialidade, permitem verificar que coexistem múltiplas perspectivas ou representações de Eficácia.

Para Lourenço *et al.*, citando (Goodman *et al.* 1987; Hackman, 1987; Morin *et al.*, 1994), “*Em função de distintas conceptualizações e do recurso a diferentes instrumentos de medida, cada investigador propõe, na linguagem que lhe é própria, uma forma de identificar, descrever, avaliar e explicar a eficácia.*” (2000). Face ao exposto, não será de estranhar a diversidade presente junto dos múltiplos actores organizacionais onde se insere cada equipa e esta emergência de diferentes representações, faz destacar a natureza subjectiva do conceito de Eficácia e o seu profundo enraizamento, quer nos valores dos indivíduos e/ou grupos, quer nos contextos em que é abordada.

Assim, o resultado da revisão da investigação empírica sobre Eficácia, tende a ser vista, na maioria das vezes, como realização de objectivos, produtividade, desempenho, eficiência ou rendimento (Lourenço *et al.* (2000), citando Nieva *et al.*, 1978; Tziner & Vardi., 1982; Shea & Guzzo, 1984; Gladstein, 1984; Goodman, 1986; Sundstrom *et al.*, 1990; Tannenbaum *et al.*, 1992); outros momentos existiram, em que foi visto como sobrevivência ou viabilidade de uma equipa de trabalho (Lourenço *et al.* (2000), citando Hackman, 1983; 1987; Gladstein, 1984; Sundstrom *et al.*, 1990); ou outros como satisfação dos membros da equipa, qualidade de vida da mesma, ou intensidade da sua experiência afectiva (Hackman, 1983; 1987; Sundstrom *et al.*, 1990, citados por Lourenço *et al.* (2000)), e por fim, numa perspectiva que enfatiza critérios associados às relações da equipa com o seu meio envolvente, como no caso da satisfação dos clientes (Lourenço *et al.* (2000), citando, Hackman, 1983, 1987; Middlemist & Hitt, 1981).

Quando se sugere a presença não de uma, mas de várias *Eficácias*, associadas à dificuldade de delimitação do significado do conceito de Eficácia, a multiplicidade de concepções não torna possível o desenvolvimento de um modelo ou teoria da Eficácia

dos grupos e/ou equipas de trabalho. Esta circunstância tem conduzido a que diversos autores argumentem que, dada a ausência de uma teoria consolidada, a investigação nesta área não é mais do que um corpo de observações empíricas sem potencial para gerar novo conhecimento. Alguns afirmam mesmo, que a Eficácia não pode ser perspectivada à luz de um conceito científico e propõem o abandono do seu estudo no meio da psicologia organizacional (Lourenço *et al.*, 2000). No entanto, ainda para este autor, existem no mínimo quatro razões que podem ser mencionadas a favor da continuação do estudo da Eficácia, uma vez que não parece, ao autor, desejável nem justificável o abandono do estudo da Eficácia no âmbito das organizações e dos grupos e/ou equipas de trabalho (Lourenço *et al.*, 2000).

A primeira razão prende-se com o facto de estes estudos sobre Eficácia serem fulcrais para o pensamento organizacional. Nas abordagens sobre a natureza das organizações, encontram-se noções sobre a Eficácia e as diferenças que existem entre organizações eficazes e organizações ineficazes, quer sejam incluídas, implícitas ou explicitamente.

Em segundo lugar, porque a necessidade de verificar em que medida um sistema realiza a sua missão, ou eventualmente, a realiza melhor do que outros sistemas, leva a que a noção de Eficácia constitua uma questão empírica principal.

A terceira razão, porque se trata de uma problemática socialmente relevante, uma vez que os indivíduos emitem constantemente juízos e avaliam o desempenho de cada organização e de cada equipa. A questão da avaliação da Eficácia é uma necessidade no quotidiano das organizações e dos grupos e/ou equipas de trabalho.

Por último, porque constituem um desafio à investigação a existência de ausência de consenso relativo ao significado da Eficácia, a inexistência de uma teoria geral e a presença de múltiplas representações. Aliás, é esta abundância de representações que evidencia a subjectividade do conceito de Eficácia, permitindo assim uma nova clareza sobre a sua própria noção.

Para Beaudin & Savoie, a Eficácia de um grupo de trabalho não existe enquanto realidade objectiva, mas sim uma construção dessa mesma realidade (1995). É um juízo de valor, uma avaliação que um indivíduo realiza, face a um grupo e/ou equipa de trabalho, sobretudo no que se refere às actividades, aos produtos e/ou aos resultados e/ou seus efeitos, com base na sua própria representação de Eficácia, nas suas crenças, nos seus valores, interesses e escolhas. Deste modo, afirmar que uma equipa é eficaz, é afirmar que, face a um conjunto de critérios seleccionados pelo indivíduo que avalia, aquilo que a equipa oferece e a que ele atribui importância, correspondem às suas expectativas.

Bales, entre outros investigadores, consideram a Eficácia sob o cariz da satisfação dos membros, integram mesmo a satisfação como um dos critérios de avaliação da Eficácia de um grupo ou equipa de trabalho (1950).

Savoie & Beaudin realizaram uma extensa revisão da literatura, em que procuraram reagrupar os diferentes critérios de Eficácia utilizados pelos investigadores (1995). Estes autores determinam que as diferentes representações de Eficácia dos grupos e/ou equipas de trabalho fazem ressaltar um panorama que, com alguma consistência, dá forma à emergência de um constructo multi-dimensional, composto por quatro dimensões potenciais:

a) Social (*qualidade da experiência grupal*), está profundamente relacionada com a coesão social e diz respeito ao valor dos recursos humanos, no que se refere a aspectos como a qualidade de vida no trabalho, a satisfação, o moral, o desenvolvimento e a mobilização dos seus membros.

b) Económica (*rendimento do grupo*), encontra-se relacionada com a eficiência e a produtividade e pressupõe uma optimização de recursos com vista o alcance dos objectivos a que as organizações e/ou as equipas se propõem.

c) Política (*legitimidade ou reputação do grupo face à sua constelação*) diz respeito à avaliação exterior e superior do grupo. Trata-se de uma dimensão que se pauta em critérios relacionados com a reputação e a legitimidade da acção de cada equipa de trabalho.

d) Sistémica (*perenidade*), esta dimensão está relacionada com a perenidade (perpetuidade), crescimento, adaptação e estabilidade do sistema grupo ao longo do tempo e face às mudanças ocorridas na envolvente.

Deste modo, a revisão da literatura empirista sobre o tema da Eficácia realizada por Savoie & Beaudin em 1995, extensa mas não exaustiva, foi suficiente para dar suporte a esta proposta multi-dimensional de Eficácia. Importa destacar que das quatro dimensões identificadas, duas dominam o universo de medida, em termos de critérios e indicadores – Social e Económica. As dimensões Política e Sistémica são aquelas em relação às quais as investigações menos têm centrado a sua atenção.

Esta perspectiva que assenta no reconhecimento da Eficácia como um constructo de natureza inter subjectiva e, como tal, origina variedade e divergência quanto ao significado da eficácia quer entre investigadores quer entre os diversos actores dos sistemas alvo da investigação, coloca problemas complexos à investigação de campo. De facto, Lourenço *et al.* são da opinião que *na investigação empírica sobre avaliação da eficácia, mais do que oferecer critérios, é preciso analisar que critérios os actores*

do sistema-alvo consideram indicadores válidos de eficácia.” (2000). Assim, o significado de Eficácia e os critérios da sua avaliação estarão sempre ligados à realidade específica a investigar.

1.9. AUTO-EFICÁCIA

As primeiras tentativas de estudar e medir este constructo, crenças de Auto-Eficácia, remontam a pesquisas nas décadas de 60 e 70, no entanto surgiu na década de 80 uma mudança de perspectiva na mensuração, quando os autores se voltaram para a Teoria Sócio-Cognitiva de Bandura.

Esta Teoria Sócio-Cognitiva de Albert Bandura introduziu novos conceitos relacionados com constructo de Auto-Eficácia. Este autor, define as expectativas de Auto-Eficácia como crenças que os indivíduos tem na sua própria capacidade de planear e executar programas de acção necessários para lidar eficazmente com acontecimentos ou situações (Bandura, 1977, 1986, 1997).

Uma quantidade considerável de pesquisas tem revelado que as crenças de Auto-Eficácia influenciam a motivação dos profissionais, e mesmo o empenhamento pessoal no trabalho. Os indivíduos que desenvolveram sólidas crenças de Auto-Eficácia revelam, até nas circunstâncias mais adversas, atitudes e comportamentos mais adaptáveis. Assim, apresentam níveis mais elevados de compromisso com a sua actividade; adoptam procedimentos mais eficazes para lidar com os problemas que se lhes apresenta; são mais favoráveis a introduzir práticas inovadoras; assumem uma postura mais popular, promotora de autonomia e de confiança e geram eficazmente factores de stress mediante estratégias de solução de tais problemas.

Diversos factores contribuem para a ocorrência de um processo de auto persuasão, pelo qual o indivíduo desenvolve as crenças de Auto-Eficácia. Apoiado em investigação, Bandura identifica quatro factores com potencial de influenciar as crenças, qualquer que seja a área de aplicação (1977, 1981, 1986, 1997).

O primeiro e mais decisivo deles consistem nas experiências reais de êxito em actividades anteriores da mesma natureza. Este sucesso proporciona ao indivíduo informação convincente de que possui as capacidades necessárias para enfrentar desafios semelhantes. Uma vez consolidadas as crenças de Auto-Eficácia, nem mesmo fracassos ocasionais chegam a alterá-las. Por exemplo, um fisioterapeuta que tenha elevado sucesso na sua prática profissional, provavelmente irá incorporar este bom

desempenho na sua auto-avaliação como fisioterapeuta e terá uma percepção de Auto-Eficácia elevada neste domínio.

O segundo factor são as experiências vividas, isto é, pela observação de modelos que, em situações similares, chegaram a êxito, então o indivíduo conclui também ser capaz de realizar o mesmo. A observação do desempenho de outros indivíduos pode também influenciar a Auto-Eficácia, levando a concluir, por parte do indivíduo observador, que poderia fazer melhor ou pior.

Outro factor, o terceiro, é a comunicação verbal pela qual outros indivíduos podem persuadir alguém, de que pode ser capaz de realizar determinada tarefa.

Um quarto factor é quando determinados estados fisiológicos que acompanham certos momentos condicionam o indivíduo. Assim, quando um indivíduo se sente altamente ansioso perante uma tarefa, esse estado de ansiedade com seus componentes psico fisiológicos, proporcionam informação para baixa capacidade. Por essa razão, caso o indivíduo não supere essa condição emocional negativa, o prognóstico é de não envolvimento com a actividade, por não acreditar ser capaz de cumpri-la.

Segundo Bandura, nenhuma dessas quatro fontes irá influenciar directamente na formação das crenças de Auto-Eficácia, mas todas elas dependem ainda de um processamento cognitivo de interpretação e avaliação tanto das capacidades como da tarefa em causa. Dito de outro modo, é o próprio indivíduo que, em última análise, pondera suas capacidades de exercer acções pertinentes na contingência de uma determinada tarefa e num determinado contexto (1997).

Rotter na sua referência ao *Locus* de controlo interno e *Locus* de controlo externo advoga que o indivíduo eficaz é aquele que percepção o seu comportamento como sendo influenciado por si e não por factores externos (1975).

Já Bandura indica que os indivíduos com boas expectativas de eficácia têm crenças de que são capazes de realizar com êxito o comportamento requerido e consequentemente obter resultados com sucesso (1977).

Ainda de acordo com Bandura, o conceito da Auto-Eficácia refere-se à avaliação que um indivíduo faz da sua aptidão de realizar uma tarefa dentro de um certo domínio. A teoria da Auto-Eficácia prevê que o nível de confiança que o indivíduo manifesta nesta habilidade é um forte indicador de motivação e regulação dos seus comportamentos. O autor defende que o indivíduo que tenha consciência de que é capaz de realizar uma determinada tarefa, demonstra um empenho maior para a realizar, tem melhor motivação para a concluir e persiste mais tempo na sua realização do que o indivíduo com baixo índice de Auto-Eficácia (1977, 1981, 1986, 1997).

A Auto-Eficácia refere-se então, à percepção que o indivíduo tem, acreditando na sua capacidade e eficácia para encarar o meio ambiente com efectividade e sucesso, levando deste modo, às consequências desejadas (Palenzuela, 1982). Portanto, corresponde à auto-eficácia percebida como sendo um constructo motivacional cognitivo em que o indivíduo se auto-avalia como eficaz, para enfrentar o meio ambiente.

Para melhor compreensão deste processo, torna-se imprescindível o recurso à compreensão da noção de auto-conceito, que devido à sua importância, este constructo tem sido vastamente estudado nas diversas áreas da Psicologia. Se considerar que a conceptualização do auto-conceito tem variado em função do quadro de referência dos autores, é possível concluir que a investigação nesta área se caracteriza por uma grande inexactidão da terminologia e divergência nas definições. Todavia, Burns refere que apesar de a literatura não revelar uma definição operacional clara, concisa e universalmente aceite, existe uma certa concordância em torno da definição geral do auto-conceito como sendo a percepção que o indivíduo tem de si, isto é, o auto-conceito é entendido como o conjunto de percepções que o indivíduo tem de si próprio (1986).

Então, segundo Burns, o auto-conceito é formado por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós, mas também de como gostaríamos de ser. Para este autor, o auto-conceito consiste em todas as maneiras de como um indivíduo pensa que é, nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamento. Isto implica que o auto-conceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do Eu e únicas de cada indivíduo (1986).

1.10. AUTONOMIA E REGULAÇÃO PROFISSIONAL

Para uma abordagem mais profunda, sobre as questões relacionadas com a eficácia e auto eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas, julga-se pertinente a abordagem do tópico próprio sobre as questões de autonomia e regulação profissional.

Sandstrom refere no seu artigo “*The meanings of autonomy for physical therapy*” que, a autonomia profissional é um contracto social assente na base da confiança pública, baseado numa ocupação que procura encontrar-se numa necessidade social significativa e para preservar a autonomia individual (2007).

A autonomia profissional inclui o controlo sobre as decisões e os procedimentos relacionados com uma determinada actividade laboral, trabalho (autonomia técnica) e o

controlo sobre os recursos económicos necessários para concluir esse trabalho (autonomia socioeconómica). Porém, a autonomia profissional é limitada e debilitada pelo relacionamento de uma profissão com outra profissão (“*dominance - the ability of a profession to control the terms of another profession's work*”), pela influência de outras instituições sociais (“*rationalization – the social process by which human work behavior is organized into bureaucracies through the development of rules and protocols*”; “*deprofessionalization – the social process by which the professions are losing the characteristics of a profession, including autonomy*”) e pela disponibilidade interna da própria profissão (“*insularity – an internal process by which a profession focuses on its own needs to the detriment of larger social needs and responsibilities*”) (Sandstrom, 2007).

A autonomia profissional para os fisioterapeutas tem vindo a aumentar na mesma proporção que o domínio médico tem vindo a diminuir, mas este fenómeno é influenciado pelas tendências da racionalização e desprofissionalização dos cuidados de saúde.

Há duas fontes principais de força social que agem para conter e dirigir a autonomia profissional: ameaças fora da profissão (*dominance; rationalization; deprofessionalization*) e fraquezas dentro da própria profissão (*insularity*).

A Dominância (*dominance*) profissional diz respeito ao controlo por parte da profissão de todos os aspectos do seu trabalho, de outras ocupações e em determinadas situações, da sua clientela e da sociedade. O Racionalização (*rationalization*), uma teoria sociológica desenvolvida por Weber no séc. XIX, descreve o movimento histórico dos povos para organizar a sociedade, desenvolvendo regras, responsabilidades e hierarquias formais, definindo comportamentos e relacionamentos aceitáveis, culminando numa burocracia.

Com a Desprofissionalização (*deprofessionalization*), o relacionamento de confiança entre o profissional e o indivíduo é substituído pela confiança nas organizações, que pauta o seu relacionamento por regras, por regulamentos e por protocolos (Ritzer & Walczac, 1988, citados por Sandstrom, 2007).

A Insularidade (*insularity*) corresponde a uma disposição interna que ignora as perspectivas e as forças sociais fora da profissão, traduzindo-se numa ameaça interna à autonomia profissional (Sandstrom, 2007).

Em Dezembro 2004, a Comissão Consultiva para Pagamentos da *Medicare* (MEDPAC – Medicare Payment Advisory Commission) redigiu um relatório ao Congresso, manifestando-se contra o sentido das mudanças na política da *Medicare*, que recomenda o pagamento dos serviços de fisioterapia seja feito sem necessidade de

referência (prescrição) do médico Fisiatra. Este relatório traz uma recomendação que demonstra a tradicional Dominância (*dominance*) dos médicos para controlar e dirigir o acesso directo do paciente aos recursos disponíveis de fisioterapia dentro da Medicare.

No entanto, este relatório foi elaborado contrariamente à decisão da maioria dos Governos dos Estados Americanos, que permite explícita ou implicitamente, de algum modo, um formulário do acesso directo do público aos serviços de Fisioterapia.

Aliás, Sandstrom cita a definição de autonomia da prática de fisioterapia do *Board of Directors of the American Physical Therapy Association* como “*independent, self-determined professional judgment and action. Physical therapists have the capability, ability, and responsibility to exercise professional judgment within their scope of practice, and to professionally act on that judgment. The goal will be explicated through the achievement of five major objectives: demonstrating professionalism; achieving direct patient access to physical therapist services; use of evidence-based practice; attaining entry-level education at the Doctor of Physical Therapy degree; becoming the practitioner of choice.*” (2007).

Assim, esta definição enfatiza uma redução do campo de acção da Dominância (*dominance*) médica, aumenta a responsabilidade profissional do Fisioterapeuta, dá o direito ao paciente de escolher serviço de fisioterapia na base do mais adequado e melhor qualidade do cuidado de saúde para o paciente. Esta definição é coerente com a definição de “autonomia funcional” descrita na legislação portuguesa, no artigo 3º da Portaria nº 256-A/86, de 28 de Maio, mantida em vigor pelo Decreto-Lei nº 569/99, de 21 de Dezembro, diploma este que regula o exercício das profissões de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica no sector público.

De acordo com esta orientação vem também o Decreto-lei nº564/99, de 21 de Dezembro, que aprova o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e logo, a regulamentação dos actos próprios destas profissões no sector público, onde se enquadra o Fisioterapeuta, sendo que o nº1 do seu artigo 6º dispõe que “*a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica reflecte 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 ao nível das equipas em que se inserem.*”

Por outro lado, a exigência de registo profissional efectuado na então DRHS, na decorrência da publicação do Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de Agosto, que define os princípios gerais em matéria das profissões de diagnóstico e terapêutica nelas incluindo a profissão de fisioterapeuta, de terapeuta da fala e de terapeuta ocupacional, sendo

estas disposições aplicáveis ao sector público, privado e cooperativo, remete os fisioterapeutas para uma realidade profissional de perfeita autonomia, em termos legislativos, sendo actividade tutelada apenas pelos próprios. Aliás, desta norma em questão resulta que os fisioterapeutas: colaboram no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas; elaboram programas adequados de tratamento e coloca-os em prática, tratando doentes de diferentes patologias.

A carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica, onde se encontra o fisioterapeuta, é uma carreira regulada e controlada pelo Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica e estes profissionais são inspeccionados, no exercício da sua profissão, pela Direcção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral de Saúde, pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, pelas ARS, pela Inspeção-geral do Trabalho e pela Direcção dos Recursos Humanos da Saúde (Decreto-Lei nº320/99).

Compete então, aos fisioterapeutas acompanhar todas as questões relativas ao diagnóstico e à terapêutica e normas técnicas de actuação profissional dentro da sua habilitação, desenvolvendo-se esta actividade em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional. Deste modo, reconhecendo as qualificações suficientes aos fisioterapeutas, todos os actos de fisioterapia desenvolvidos são, única e exclusivamente da responsabilidade do Fisioterapeuta, tutelada apenas pelos próprios e sem necessidade de prescrição clínica.

O Decreto-lei nº 564/99 reconhece que a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica enquadra um conjunto de profissionais detentores de formação especializada, de nível superior e que, no desenvolvimento das suas funções, actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico ou processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho, no âmbito da respectiva profissão. O mesmo diploma dispõe ainda que esta carreira reflecte 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, competindo-lhe, designadamente, prestar cuidados directos de saúde necessários ao tratamento e reabilitação do doente, de forma a facilitar a sua reintegração no respectivo meio social e assegurar, através de métodos e técnicas apropriadas, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente.

O profissional quando integrado em estruturas hierárquicas, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, compete a um técnico director (por cada profissão) a

exercer funções de supervisão e coordenação. A avaliação do desempenho destes profissionais é efectuada por pessoal da respectiva profissão.

Ao considerar a opinião de alguns sociólogos, dá-se relevo a certos elementos que constituem uma profissão, são eles: autonomia, adesão ao ideal de serviço, forte identidade profissional traduzida pelo código de ética e a demarcação do território profissional. Deste modo, Wilensky, refere que para uma ocupação exercer autoridade profissional, ela deve encontrar uma base técnica própria e uma jurisdição exclusiva, associando habilidade e competência a elevados padrões de prática, devendo ainda, convencer o público-alvo de que seus serviços são de confiança (1964). Enfatiza que o grau de profissionalização é medido não só pelo grau de competência técnica exclusiva, mas também pelo grau de adesão ao ideal de serviço e às normas de conduta profissional.

Do anteriormente exposto, considerando alguns aspectos da sociologia das profissões, assim como a própria história do percurso de profissionalização da fisioterapia e do fisioterapeuta, parece que a fisioterapia, enquanto área científica, se enquadra no processo de profissionalização, apresentando-se o fisioterapeuta com autonomia técnica, com capacidade de raciocínio próprio, prática profissional de fisioterapia baseada na evidência científica.

CAPITULO 2

Metodologia

Este capítulo é dedicado ao enquadramento metodológico, centrado na explicação de concepção do trabalho de investigação, bem como, no suporte científico para a análise e discussão dos resultados obtidos com este estudo.

2.1 TIPO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo que propusemos realizar, é de carácter tipo exploratório, investigação do tipo misto, qualitativo e descritivo simples e também quantitativo sujeito a uma análise reflectida descritiva simples por frequências. (Fortin, 2003).

O facto de se terem encontrado poucos trabalhos realizados com as mesmas características que pretendemos estudar, confere-lhe um carácter tipo exploratório.

De acordo com Carmo & Ferreira, as amostras não probabilísticas podem ser escolhidas tendo por base critérios de escolha intencional. A amostragem de conveniência pode ser utilizada num grupo de sujeitos que esteja disponível ou num grupo de voluntários. Por se tratar de uma amostra por conveniência não se poderá generalizar à população, mas podem recolher-se informações com muito valor. Deste modo, os dados obtidos e as conclusões a que se chega terão que ser utilizados com cautela e reserva (1998).

As variáveis em estudo apresentam-se de três tipos: categoriais, ordinais, e contínuas, tendo o seu estudo assente numa análise descritiva de frequências e percentagens, e das respectivas medidas de dispersão e tendência central, nomeadamente da moda, mediana, média e desvio padrão.

A metodologia estatística utilizada foi de tipo paramétrico e não-paramétrico, aplicada em função do tipo de variável em análise.

A estatística não paramétrica, no caso o teste do *Qui-quadrado*, foi aplicado quando as variáveis em estudo eram de tipo categorial e se pretendeu verificar a associação entre as respectivas categorial.

A estatística paramétrica no caso *teste t (t student)*, foi aplicada quando se pretendeu efectuar a comparação de médias entre duas amostras independentes. Para a aplicação da estatística paramétrica o primeiro requisito exige que seja possível realizar operações numéricas e também, que as variáveis utilizadas sejam numéricas em escala contínua, o que se verificou; o segundo requisito implica que os resultados se distribuam normalmente, e neste caso para ambas as amostras com um $n=242$ e $n=93$ respectivamente, assume-se a existência de normalidade assintótica (quando $n_1 \geq 30$ e $n_2 \geq 30$); o terceiro requisito designado por homogeneidade da variância foi verificado sempre que necessário. (Pereira, 1999).

2.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O presente trabalho tem como objecto geral de estudo, analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, assim como analisar a percepção de auto eficácia dos Fisioterapeutas e sempre que possível, fazer uma análise comparativa.

Os factores que influenciam a profissão podem dividir-se em factores que incluem os valores e princípios sociais, a evolução demográfica da população, as condições económicas, as orientações governamentais (legislação e regulamentação), as acções de organizações públicas e privadas, as políticas de saúde e os avanços tecnológicos e científicos, os estilos de vida e as práticas culturais.

A definição do problema do estudo sob a forma de questão tornou-se o ponto de partida para realização deste trabalho, prende-se assim com três questões fundamentais:

“Quais as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”

“Qual a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”

“Será que os níveis de Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas diferem dos níveis Percebidos pelos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”

Pretende-se com este estudo, identificar as Atitudes de uma amostra de diferentes Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas. A escolha da amostra deve-se essencialmente a três factores: estes diferentes Profissionais de Saúde são pares dos fisioterapeutas, poderão

por vezes ser reverenciadores de fisioterapia e lidam também com o indivíduo utente de fisioterapia enquanto prestadores de cuidados.

O interesse por este objecto de estudo deve-se, por um lado, ao facto de se tratar de profissões de saúde, desempenhadas por profissionais que interagem com os Fisioterapeutas e que, enquanto utentes ou não de fisioterapia, poderão ter uma posição importante sobre esta temática. Por outro lado, estamos perante profissões que apresentam algumas semelhanças em termos de progressão na carreira e nos cargos desempenhados criando-se assim, um certo interesse em analisar os resultados encontrados, para um eventual contributo do estudo das representações sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

2.3 OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo tem como objectivo central, analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e analisar a Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas.

Assim, definimos como sub-objectivos o seguinte:

- Identificar as Atitudes de uma amostra de diferentes Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Identificar a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Relacionar os níveis de Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas Percebidos por parte Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, com os níveis Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

Com o objectivo de dar resposta à Questão de Investigação de partida: *“Quais as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e Qual Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas”*, definimos assim questões específicas às quais iremos procurar dar resposta.

Questão 1 – “*Quais as Atitudes dos diferentes Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não dos cuidados de fisioterapia, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?*”.

Questão 2 – “*Quais os níveis de Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?*”

Questão 3 – “*Será que os níveis de Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas diferem dos níveis Percebidos pelos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?*”

2.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

De acordo com o tipo de estudo iremos considerar as seguintes variáveis em estudo:

- Atitudes dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Auto Eficácia Percebida da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas por parte dos Fisioterapeutas;
- Variáveis Descritivas – Sócio Demográficas (idade, género, habilitações académico profissionais);
- Variáveis Descritivas – Profissionais/Institucionais (profissão, tempo de exercício profissional, situação profissional, vínculo à instituição, utente dos cuidados de fisioterapia).

2.5 PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A amostra foi constituída por Profissionais de Saúde divididos em 2 grupos:

1 Grupo Fisioterapeutas – constituído por **242** indivíduos (**45 ESTeSL+197 APF**), Profissionais de Saúde – Fisioterapeutas, que decidiram participar na investigação voluntariamente.

2 Grupo Não Fisioterapeutas – constituído por **93** Profissionais de Saúde distribuídos da seguinte forma: Técnicos de Cardiopneumologia (14), Dietistas (21), Técnicos de Farmácia (13), Ortoptistas (14), Técnicos de Radiologia (21), e Técnicos de Radioterapia (10), que participaram na investigação voluntariamente.

De acordo com Carmo, a técnica de amostragem a utilizar é uma amostragem de conveniência, portanto uma amostra não probabilística (1998). É uma amostra constituída por profissionais de saúde, provenientes de diversos locais de trabalho do país e de modo a garantir um número significativo de participantes, a recolha da amostra foi realizada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, no início do ano lectivo do 2º ciclo de Licenciatura dos diferentes Profissionais de Saúde, portanto, durante o mês de Setembro de 2006. Para o grupo de Fisioterapeutas inquiriram-se, também, os sócios efectivos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, no decorrer do mês de Dezembro de 2006 e Janeiro de 2007.

O facto de se utilizar uma amostragem de conveniência inviabiliza a generalização dos resultados à população. No entanto e com as devidas reservas, permite obter informações preciosas.

2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi baseada na aplicação de dois questionários, ambos com uma parte que caracteriza a amostra em estudo quanto aos dados sócio demográficos e uma outra que procuram estudar as Atitudes face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, bem como a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas. Estes instrumentos de avaliação foram concebidos pelos investigadores, dirigidos para o grupo de Profissionais de Saúde que nos propusemos estudar, excepto a “*Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993*”.

As respostas às questões abertas do instrumento foram submetidas à análise de conteúdo através da técnica de análise de conteúdo. Bardin refere-a como um conjunto de técnicas de comunicação que visa a análise do conteúdo das mensagens; indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às variáveis inferidas dessas mensagens (1979).

De acordo com a mesma autora, o tratamento dessas questões foi efectuado da seguinte forma:

- Fez-se uma leitura inicial flutuante para estabelecer um primeiro contacto com o conteúdo de informação recolhido, seguindo-se uma pré-análise que visou sistematizar as primeiras ideias para posterior consecução de um plano de análise;
- Numa fase posterior organizou-se um *corpus* composto por todo o material, resultante da comunicação e da definição das unidades de contexto. Estas resultam de uma palavra-chave ou de expressões que agrupam um conjunto de asserções

expressas nas respostas, com características comuns e que são adequadas ao sentido da questão formulada. As unidades de registo correspondem à categorização do discurso emitido.

Segundo Berelson, citado por Polit et al., a análise de conteúdo é uma técnica de investigação utilizada para a descrição objectiva, sistemática e qualitativa dos conteúdos manifestados pela comunicação (2004). Neste sentido, esta técnica visa interpretações objectivas dos comportamentos humanos, através das suas mensagens e procurar nas mensagens o sentido das acções.

Assim, definimos cinco categorias de resposta para questão aberta Q28 – *Tendo em conta a sua especialidade de intervenção, considera que a fisioterapia pode dar um contributo importante para o sucesso do tratamento dos seus doentes? Justifique.*

- Melhora condição cardio-respiratória;
- Melhora condição neuromuscular;
- Melhora condição músculo-esquelética;
- Melhora a função e qualidade de vida;
- Melhora a adesão e complemento ao tratamento.

E para questão Q20 – *Se respondeu discordo ou discordo fortemente à afirmação “o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas”, diga porquê*, definimos duas categorias de resposta tipo:

- “Há outros profissionais com as mesmas valências”;
- “A reabilitação também pode ser feita por outros”.

O Instrumento para o estudo da Auto-Eficácia corresponde a uma versão adaptada para Português por Coimbra e Fontaine da “*Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993*” (1999). Esta escala permite estudar a Auto-Eficácia Percebida. Na sua versão original era constituída por 20 itens, mais tarde a sua configuração passou para 10 itens e tem sido amplamente estudada por diversas culturas latinas e europeias (administrada em catorze sociedades) com resultados satisfatórios. As amostras que serviram de base para estes estudos, estudo das qualidades psicométricas da escala, foram constituídas por indivíduos de ambos os sexos, possuindo uma grande multiplicidade cultural, etária, níveis sócio-económicos e nível educacional. A escala a utilizar apresenta itens com altos índices de consistência interna obtida (variando de um $\alpha=.78$ a $\alpha=.91$) e altas correlações existentes entre cada item. (Schwarzer, 1997).

A aplicação da versão portuguesa numa amostra constituídas por 449 estudantes, com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos de idade (média de 15 anos), 53% raparigas e 47% rapazes, com alguma diversidade sócio-cultura e económicas,

apresentou $\alpha=.77$, destacando-se uma característica sólida de estrutura unidimensional da escala que explica 33,5% da variância dos resultados e no que diz respeito à validade, os resultados indicam uma elevada validade transcultural, apesar de existirem limitações ao nível da formulação dos itens nas diferentes traduções e o significado cultural atribuído aos mesmos, ao nível da padronização das regras de aplicação do instrumento, assim como equivalência das características das amostras, assim, as características psicométricas do instrumento são satisfatórias (Coimbra, & Fontaine 1999).

Para aplicar esta escala, o participante é convidado a posicionar-se perante cada afirmação numa escala de tipo Likert de 4 pontos (Discordo Fortemente (1), Discordo (2), Concordo (3), Concordo Fortemente (4)). Quanto mais elevado é o resultado, mais positiva é a sua Percepção de Auto Eficácia.

A técnica de medição utilizada, denominada por escala de tipo Likert, é das mais frequentemente utilizadas e de fácil aplicação. Uma das características deste tipo de escala é posicionar o indivíduo perante afirmações que claramente manifestam dois tipos de ideia opostos: concordo fortemente e outra discordo fortemente; sendo então a medição dada pelo posicionamento ao longo das afirmações da escala. Segundo Olson e Zanna, o método escala de tipo Likert traduz vantagens e desvantagens aquando da sua aplicação, no entanto, os problemas podem ser minimizados (1990). As vantagens referidas, entre outras, são as seguintes:

- Possibilidade que o método confere de se fazer uma análise dos itens, somando as respostas de todos os sujeitos;
- Vantagem de assegurar que todos os itens se direccionem para a mesma dimensão subjacente ao assunto, aumentando por este modo, a confiança na fidedignidade da escala;
- Facilidade de resposta que o método permite aos sujeitos, não os forçando as julgamentos globais directos.

Quanto às desvantagens, elas têm a ver com a probabilidade de alteração dos resultados causadas pelas seguintes razões:

- Desejabilidade social;
- Aquiescência (tendência para concordar com todos os itens, indiferentemente do seu conteúdo);
- Descuido nas respostas (desinteresse, desmotivação).

Propõem estes autores que se procurem reduzir as desvantagens, do seguinte modo:

- Confidencialidade das respostas;

- Alerta para a não existência de respostas certas ou erradas;
- Reforço da importância da colaboração.

Sendo este, um estudo exploratório e descritivo, achámos pertinente abranger um grande número de aspectos, que nos possibilitassem identificar e caracterizar a nossa amostra e conhecer melhor a realidade, de forma a perspectivar, eventualmente, futuros estudos. Face às características do nosso estudo, resolvemos optar pela realização de questionários, pois considerámos que estes se adequam com maior facilidade à nossa amostra e permitem um tratamento homogéneo dos dados obtidos e uma maior identificação da tendência da mesma.

De acordo com Hill e Hill o processo de desenvolvimento deste questionário envolveu os seguintes passos: Identificação dos tópicos a abranger com o questionário; Desenho da primeira versão do questionário; Teste piloto do questionário; Modificação do questionário; Administração do questionário (2000).

Identificação dos tópicos a abranger com o questionário

Antes da realização deste estudo, foram realizadas entrevistas a cinco Profissionais de Saúde, seleccionados de modo a garantir a representação de diferentes grupos etários, anos de experiência profissional, sobre o tema em estudo e os dados recolhidos foram utilizados para construir o desenho do questionário. O questionário resultou num instrumento estruturado e de auto-preenchimento. A identificação dos tópicos a abranger pelo questionário foi feita de acordo com os objectivos do estudo e com a informação recolhida durante as entrevistas. Esta metodologia é recomendada quando há pouca informação sobre o assunto a investigar (Hill e Hill, 2000).

Desenho da primeira versão do questionário

O investigador desenhou a primeira versão do questionário, a qual foi corrigida pelos supervisores, dando origem a uma nova versão do questionário.

Teste piloto do questionário

Após a obtenção da aprovação Ética para o estudo por parte das instituições envolvidas, o questionário foi colocado a 15 Profissionais de Saúde, potenciais candidatos da amostra final, seleccionados ao acaso, com o objectivo de recolher o *feedback* dos participantes em relação ao questionário. Depois do preenchimento do questionário, o investigador solicitou aos participantes a sua opinião em relação aos seguintes aspectos: 1) se é necessário fazer alguma alteração na carta de apresentação; 2) se tiveram dificuldades em perceber ou responder às perguntas; 3) se as categorias de resposta estão adequadas às perguntas; 4) se as categorias de resposta são objectivas ou vagas; 5) se há algum aspecto que não foi incluído e que deva ser; 7) se há algum

aspecto que deva ser retirado; 8) se os participantes têm algum outro comentário a fazer sobre o questionário.

Modificação do questionário

A informação dada pelos participantes no estudo piloto, foi recolhida e analisada pelo investigador que procedeu a alterações de configuração do questionário e não de conteúdo, com base nas informações recolhidas. No entanto, a existirem alterações significativas, o questionário teria sido novamente submetido a outro teste piloto, o que não se verificou uma vez que as alterações não eram de fundo.

Administração do questionário

Após a construção do projecto de trabalho e da elaboração de um plano de acção, procedeu-se ao pedido de autorização aos autores para a utilização do instrumento (*“Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993”*, adaptada por Coimbra & Fontaine em 1999. Da mesma forma, solicitou-se autorização à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas permissão para realizar o estudo.

Em seguida, contactou-se um conjunto de potenciais participantes, que obedeciam aos critérios de inclusão: ser Profissional de Saúde e optou-se por estudar Técnicos de Cardiopneumologia, Dietistas, Técnicos de Farmácia, Ortoptistas, Técnicos de Radiologia, Técnicos de Radioterapia, e Fisioterapeutas, sendo que a opção por estes deveu-se ao facto de serem da mesma área profissional do investigador principal) e que decidiram participar na investigação voluntariamente.

Foram excluídos os indivíduos que não obedeciam aos critérios de inclusão, que apresentaram questionários incompletos, e que não apresentaram a declaração de consentimento.

No que diz respeito aos potenciais participantes, Profissionais de Saúde, que se encontravam a frequentar o 2º Ciclo da Licenciatura Bi-etápica na ESTeSL, foi possível obter um grupo constituído por 138 Profissionais de Saúde em 262 possíveis, correspondendo a uma taxa de adesão de 52,7% e distribuídos da seguinte forma: 14 Técnicos de Cardiopneumologia em 46 possíveis (taxa de adesão 30,4%); 21 Dietistas em 35 possíveis (taxa de adesão 60,0%); 13 Técnicos de Farmácia em 41 possíveis (taxa de adesão 31,7%); 14 Ortoptistas em 19 possíveis (taxa de adesão 73,7%); 21 Técnicos de Radiologia em 45 possíveis (taxa de adesão 46,7%); 10 Técnicos de Radioterapia em 28 possíveis (taxa de adesão 35,7%), e 45 Fisioterapeutas em 48 possíveis (taxa de adesão 93,8%) que participaram na investigação voluntariamente.

Os procedimentos foram idênticos para todos os inquiridos: foram contactados mantendo em consideração o anonimato e a confidencialidade dos inquiridos, e sempre

que necessário, solicitou-se autorização superior. Ao mesmo tempo, informaram-se os inquiridos sobre a finalidade do questionário, sensibilizando-os para a importância do seu contributo neste estudo, de modo a que estes respondessem com a máxima seriedade a todas as questões.

Do mesmo modo e em relação ao estudo da Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas, sócios efectivos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, o questionário, assim como o documento explicativo do estudo e a declaração de consentimento para a participação no mesmo, foi enviado por correio com o Boletim Informativo de Novembro de 2006 da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, para os 1371 sócios efectivos desta associação, dos quais foram devolvidos para o estudo 212. O investigador disponibilizou-se para esclarecer qualquer dúvida por correspondência electrónica ou contacto telefónico, tendo havido 5 pedidos que não se traduziram em qualquer impossibilidade de eventual participação dos inquiridos.

Após a primeira fase de análise dos questionários (212 devolvidos para o estudo) foi possível aceitar 197 questionários válidos e rejeitaram-se 15 pelas seguintes razões: incompletos (4), falta da declaração de consentimento (3) e por presença de declaração de consentimento por assinar (8). Estes valores correspondem a uma “taxa de adesão” de 15,5% e a amostra seleccionada correspondeu a uma representação de 14,4% dos sócios efectivos de pleno direito da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

Considerando ainda que, ao número de 197 indivíduos que participaram no estudo acresce 45 indivíduos, não contidos nos anteriores, recolhidos de forma presencial pelo investigador e colaboradores instruídos para o efeito na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, totalizando assim 242 indivíduos que participam no estudo. Este número traduz-se numa representação de 4,3% do total estimado de Fisioterapeutas Portugueses.

O número de Fisioterapeutas Portugueses estimado em Dezembro de 2006 é possível calcular quando consideramos o número total de Fisioterapeutas existentes em Portugal até Dezembro de 2004 (aproximadamente 4719), acrescido de 480 + 480 possíveis finalistas em 2005 e 2006 respectivamente, isto é, 30 finalistas por 16 cursos a funcionarem actualmente, estimando-se assim um total de 5679 em Dezembro de 2006 (Boletim Informativo da APF Março 2007).

CAPITULO 3

Apresentação de Resultados

Este trabalho de investigação teve como propósito, analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e procura também estudar a Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas.

De modo a simplificar e organizar a apresentação dos resultados, este capítulo encontra-se dividido do seguinte modo:

3.1 Caracterização da Amostra;

3.2 Dimensão Atitudes dos Profissionais de Saúde;

3.2.1 Sub-dimensão Eficácia da Fisioterapia (11, 15, 17, 18, 19, 20, 21 e 22);

3.2.2 Sub-dimensão Eficácia do Fisioterapeuta (13 e 16);

3.2.3 Sub-dimensão Autonomia Profissional (Questão 23 e 24);

3.2.4 Sub-dimensão Regulação Profissional (Questão 25, 26, 27 e 28);

3.3 Dimensão Auto-Eficácia Generalizada Percebida da Fisioterapia e do Fisioterapeuta;

3.4 Análise Comparativa da Eficácia e da Auto-Eficácia da Fisioterapia e do Fisioterapeuta;

3.5 Dados Psicométricos da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra ficou constituída por **335 Profissionais de Saúde**, subdivididos em dois grupos: **1 – Grupo Fisioterapeutas**, constituído por **242** indivíduos (72,24%) e **2 – Grupo Não Fisioterapeutas**, constituído por **93** Profissionais de Saúde (27,76%).

Procedeu-se à caracterização da totalidade da amostra, no que diz respeito ao género, à idade, à profissão, à situação profissional, ao tempo de exercício profissional, e às habilitações académicas.

Quanto aos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, caracterizou-se também os que já tinham recorrido a serviços de Fisioterapia e os que nunca o tinham feito.

Tabela 3.1 – Caracterização da Amostra segundo o Género

Sexo do Inquirido		
	Frequencia	Percentagem
1 Feminino	280	83,6
2 Masculino	55	16,4
Total	335	100,0

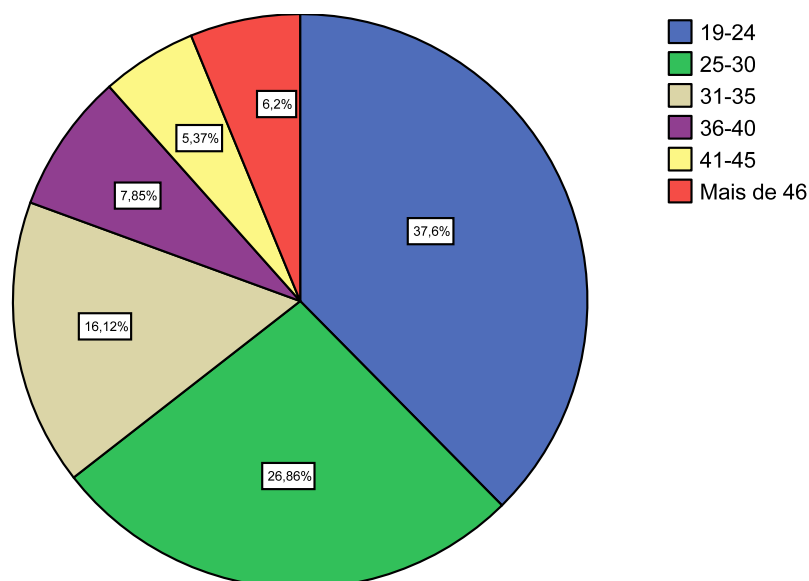
Ao observar a Tabela 3.1, podemos constatar um predomínio do género feminino 83,6%, correspondendo a 280 indivíduos do total da amostra.

Tabela 3.2 – Caracterização da Amostra segundo a Idade

Idade do Inquirido			
	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
1 19 a 24 anos	175	52,2	52,2
2 25 a 30 anos	69	20,6	72,8
3 31 a 35 anos	42	12,5	85,4
4 36 a 40 anos	20	6,0	91,3
5 41 a 45 anos	14	4,2	95,5
6 Mais de 46 anos	15	4,5	100,0
Total	335	100,0	

Através da análise da tabela 3.2, observamos que os Profissionais de Saúde neste estudo se distribuíram, maioritariamente (72,8%), entre os 19 e os 30 anos, correspondendo a 244 indivíduos dos 335 que constituíram a amostra.

Gráfico 3.1 – Caracterização da Amostra Fisioterapeutas segundo a Idade



Através da análise do gráfico 3.1, observamos que os Profissionais de Saúde - Fisioterapeutas, neste estudo se distribuíram, maioritariamente entre os 19 e os 30 anos correspondendo a 64,5% dos 242 que constituíram a amostra.

Tabela 3.3 – Caracterização da Amostra segundo a Profissão

Profissão do Inquirido		
	Frequencia	Percentagem
1 Téc. Cardiopneumologia CPL	14	4,2
2 Dietista DT	21	6,3
3 Téc. Farmácia FM	13	3,9
4 Ortoptista ORT	14	4,2
5 Téc. Radiologia RD	21	6,3
6 Téc. Radioterapia RT	10	3,0
7 Fisioterapeuta FT	242	72,2
Total	335	100,0

Efectuando a leitura da tabela 3.3 que apresenta a distribuição de frequências e percentual da amostra de inquiridos por profissão, pode verificar-se que esta era constituída maioritariamente por Fisioterapeutas, 242 inquiridos, o que representa 72,2% da amostra. As categorias profissionais que se colocam com maior representação na amostra, após os fisioterapeutas, foram os Dietistas e Técnicos de Radiologia, cada uma com 21 inquiridos, o que corresponde a 6,3%. A amostra compôs-se ainda por

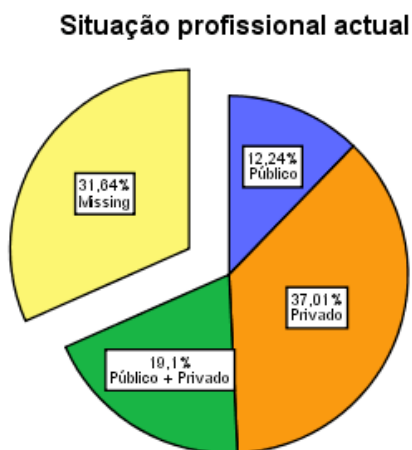
Ortoptistas e Técnicos de Cardiopneumologia representando cada 4,2%, e finalmente, por ainda mais escassa percentagem de Técnicos de Farmácia, 3,9% e Técnicos de Radioterapia, 3%.

Tabela 3.4 – Caracterização da Amostra segundo a Situação Profissional

Situação profissional actual				
		Frequencia	Percentagem	Percentagem válida
Valido	1 Público	41	12,2	17,9
	2 Privado	124	37,0	54,1
	3 Público + Privado	64	19,1	27,9
	Total	229	68,4	100,0
Missing	4 Não Responde	106	31,6	
Total		335	100,0	

A tabela 3.4, apresenta que a amostra, no que diz respeito à situação Profissional, os indivíduos inquiridos que exercem, situam-se a exercer predominantemente no sector privado (54,1%) e pelo contrário, o sector público em exclusivo apenas emprega 17,9%.

Gráfico 3.2 – Caracterização da Amostra segundo a Situação Profissional



O gráfico 3.2, mostra que dos 335 indivíduos e no que diz respeito à situação Profissional, existem 31,64% de indivíduos (106) que não se encontram a exercer.

Tabela 3.5 – Caracterização da Amostra segundo o Tempo de Exercício Profissional

Tempo de Exercício profissional em anos			
	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
0 Sem Experiência Profissional	106	31,6	31,6
1 menos de 1 ano	27	8,1	39,7
2 1 a 5 anos	96	28,7	68,4
3 6 a 10 anos	34	10,1	78,5
4 11 a 15 anos	42	12,5	91,0
5 16 a 20 anos	15	4,5	95,5
6 mais de 21 anos	15	4,5	100,0
Total	335	100,0	

Ao analisar a tabela 3.5, constata-se que dos indivíduos que se encontram a exercer, 28,7% estão no grupo de 1 a 5 anos de experiência profissional, seguido de 12,5% para o grupo de 11 a 15 anos de experiência profissional e 10,1% para o grupo de 6 a 10 anos de experiência profissional. Os restantes 48,7% distribuem-se pelas restantes três categorias, sendo que 39,7% correspondem aos inquiridos sem experiência profissional (31,6%) e com experiência menor 1 ano (8,1%).

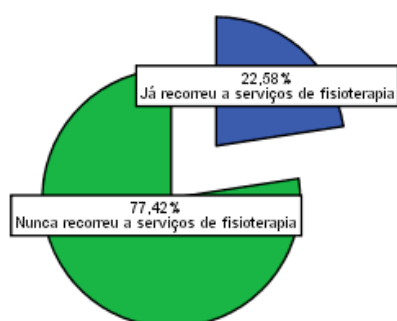
Tabela 3.6 – Caracterização da Amostra segundo as Habilitações Académicas

Habilitações académicas/profissionais do Inquirido			
	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
1 Bacharelato	144	43,0	43,0
2 Licenciatura	172	51,3	94,3
3 Mestrado	18	5,4	99,7
4 Doutoramento	1	,3	100,0
Total	335	100,0	

Considerando a tabela 3.6, quanto à caracterização da amostra segundo as habilitações académicas, os 335 profissionais de saúde inquiridos distribuem-se da seguinte forma: bacharéis 43,0%, licenciados 51,3%, mestres 5,4% e 0,3% com o grau de doutor.

Gráfico 3.3 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia

Tipo de utente (Não Fisioterapeutas)



Ao observar o gráfico 3.2, verifica-se que 22,58% do total da amostra de indivíduos Não Fisioterapeutas, portanto 21 em 93, já recorreram a serviços de fisioterapia.

Tabela 3.7 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo o momento em que recorreu aos serviços de fisioterapia

Q8-Quando foi a ultima vez que recorreu a serviços de fisioterapia enquanto utente?

	Frequencia	Percentagem
2 Entre 6 a 12 meses	3	3,2
3 Mais de 12 meses	18	19,4
4 Nunca	72	77,4
Total	93	100,0

Observando a tabela 3.7, verifica-se que 18 inquiridos dos 21, portanto 85,7%, que recorreram a serviços de fisioterapia enquanto utentes, este contacto ocorreu há mais de 12 meses.

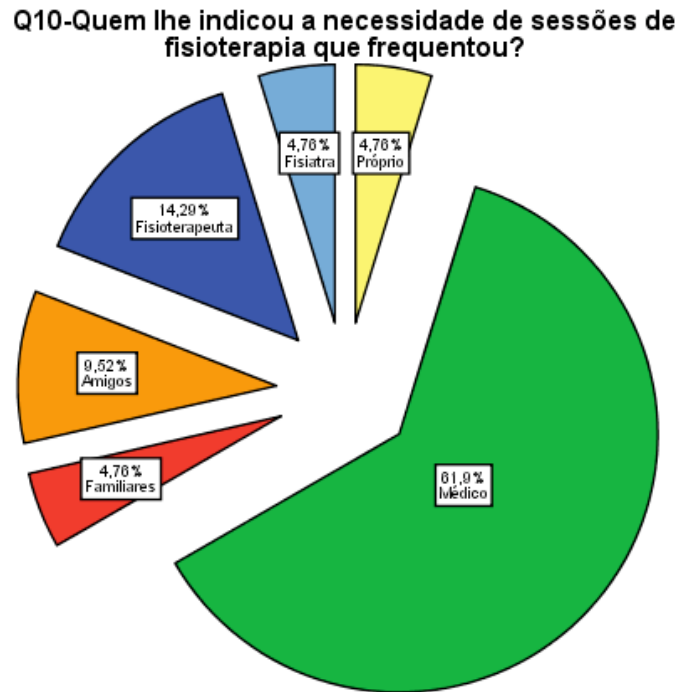
Tabela 3.8 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo o serviço de saúde a que recorreu

Q9-As sessões de fisioterapia que frequentou foram ministradas em:

	Frequencia	Percentagem
1 Serviço de Saúde Público	7	33,3
2 Serviço de Saúde Privado	12	57,1
3 Ambos	2	9,5
Total	21	100,0

Através da análise da tabela 3.8, podemos observar que os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas que recorreram a serviços de fisioterapia enquanto utentes, realizaram as sessões no Serviço de Saúde Privado (57,1%) maioritariamente. Ao Serviço de Saúde Público recorreram 33,3% dos inquiridos, sendo que 9,5% procurou ambos os sistemas.

Gráfico 3.4 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo quem indicou a necessidade de fisioterapia



O gráfico 3.3, mostra os indivíduos que frequentaram sessões de fisioterapia e estas sessões foram por indicação médica em 61,9% dos casos, por indicação do fisioterapeuta 14,3% e por indicação de amigos em 9,5%. Constata-se também que por indicação de familiares, fisiatras e pelo próprio em 4,8% casos respectivamente.

3.2 DIMENSÃO ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Para estudar as Atitudes dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto Utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, definiram-se 4 sub-dimensões: a sub-dimensão Eficácia da Fisioterapia, sub-dimensão Eficácia do Fisioterapeuta, sub-dimensão Autonomia Profissional e a sub-dimensão Regulação profissional.

Tabela 3.9 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo a percepção de Eficácia e a Recomendação da Fisioterapia e do Fisioterapeuta

	Estatísticas			
	Q11-Eficácia da fisioterapia, até que ponto ficou satisfeito?	Q13-Eficácia do fisioterapeuta, até que ponto ficou satisfeito?	Q15-Concorda em recomendar a fisioterapia a um familiar ou amigo que sofresse de um problema idêntico ao seu?	Q16-Concorda em recomendar especificamente o seu fisioterapeuta a um familiar ou amigo que sofresse de um problema idêntico ao seu?
N	21	21	21	21
Média	3,24	3,38	3,29	2,95
Mediana	3,00	3,00	3,00	3,00
Desvio padrão	,436	,498	,561	,669
Mínimo	3	3	2	1
Máximo	4	4	4	4

Ao analisar a tabela 3.9, podemos constatar que o grupo de Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto utentes de Fisioterapia, se posiciona perante as afirmações (considerando uma escala de tipo Likert de 1 – 4) do seguinte modo: Eficácia da Fisioterapia (3,24); Eficácia do Fisioterapeuta (3,38); “Recomendar a Fisioterapia” (3,29) e Recomendar o Fisioterapeuta” (2,95).

3.2.1 Sub-dimensão Eficácia da Fisioterapia

Com o objectivo de estudar a Eficácia da Fisioterapia considerou-se os resultados obtidos através das questões 11, 15, 17, 18, 19, 20, 21 e 22.

Tabela 3.10 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo a percepção de Eficácia da Fisioterapia.

Q11-Eficácia da fisioterapia, até que ponto ficou satisfeito?			
	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
3 Moderadamente Satisfeito	16	76,2	76,2
4 Muito Satisfeito	5	23,8	100,0
Total	21	100,0	

No que diz respeito à percepção da Eficácia da Fisioterapia, os indivíduos (21) Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia manifestaram numa percentagem de 76,2% uma opinião de moderadamente satisfeitos com a Eficácia da Fisioterapia e os restantes 23,8% afirmaram mesmo terem ficado muito satisfeitos.

Tabela 3.11 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo a percepção em Recomendar a Fisioterapia

Q15-Concorda em recomendar a fisioterapia a um familiar ou amigo que sofresse de um problema idêntico ao seu?

	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
2 Discordo	1	4,8	4,8
3 Concordo	13	61,9	66,7
4 Concordo Fortemente	7	33,3	100,0
Total	21	100,0	

Quando se questionam, os inquiridos sobre se concordam em Recomendar a Fisioterapia a um familiar ou amigo, 61,9% diz que concorda em recomendar, 33,3% concorda em recomendar fortemente e apenas 4,8% ou seja 1 indivíduo afirmou que discorda em recomendar a fisioterapia.

Tabela 3.12 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento sobre a Fisioterapia

Que grau atribui ao seu nível de conhecimento sobre a fisioterapia?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito Mau	2	2,2	2,2	2,2
Mau	43	46,2	46,2	48,4
Bom	48	51,6	51,6	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Quando questionamos os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, em relação ao Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento sobre a Fisioterapia obtivemos 51,6% de inquiridos a considerar que têm um Bom nível de conhecimento, 46,2% considera Mau e Muito Mau em 2,2%.

Tabela 3.13 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Grau que atribui à Eficácia da Fisioterapia

Qual pensa ser o grau de eficácia da fisioterapia?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	73	78,5	78,5	78,5
	Muito Bom	20	21,5	21,5	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Ao questionar os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, em relação ao Grau que atribui à Eficácia da Fisioterapia, verificou-se que 78,5% dos inquiridos considera Bom o Grau de Eficácia da Fisioterapia e os restantes 21,5% considera mesmo Muito Bom.

Tabela 3.14 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento sobre os Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta.

Que grau atribui ao seu nível de conhecimento sobre os cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mau	33	35,5	35,5	35,5
	Bom	59	63,4	63,4	98,9
	Muito Bom	1	1,1	1,1	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Quanto ao Nível de Conhecimento sobre os Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta, os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas em relação ao Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento, posicionam-se da seguinte forma: 63,4% atribui um Bom Grau de Conhecimento, 35,5% atribui um Mau Grau ao seu nível de Conhecimento.

Tabela 3.15 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Grau que atribui à Eficácia dos Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta.

Qual pensa ser o grau de eficácia dos cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	76	81,7	81,7	81,7
	Muito Bom	17	18,3	18,3	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

Ao questionar os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas em relação ao Grau que atribui à Eficácia dos Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta, verificou-se que 81,7% dos inquiridos considera Bom o Grau de Eficácia dos Cuidados de Saúde prestados e os restantes 18,3% considera mesmo Muito Bom.

Tabela 3.16 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes

Considerando a sua profissão, a fisioterapia pode dar um contributo para o sucesso dos seus doentes:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nada Importante	1	1,1	1,1	1,1
Pouco Importante	9	9,7	9,7	10,8
Importante	54	58,1	58,1	68,8
Muito Importante	26	28,0	28,0	96,8
Não Responde	3	3,2	3,2	100,0
Total	93	100,0	100,0	

Considerando a profissão de cada inquirido e quando questionados sobre o Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes, os 93 indivíduos Não Fisioterapeutas distribuem-se da seguinte forma: 28% pensa que é Muito Importante esse contributo, 54% pensa que é Importante, 9,7% Pouco Importante, 1,1% Nada Importante e 3,2% Não Responderam à questão.

Tabela 3.17 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas segundo o Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes – Justificação

justifique a resposta a Considerando a sua profissão, a fisioterapia pode dar um contributo para o sucesso dos seus doentes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Porque melhora condição cardio-respiratória	8	8,6	11,4	11,4
Porque melhora condição neuromuscular	2	2,2	2,9	14,3
Porque melhora condição músculo-esquelética	7	7,5	10,0	24,3
Porque melhora a função e qualidade de vida	23	24,7	32,9	57,1
Adesão e complemento ao tratamento	30	32,3	42,9	100,0
Total	70	75,3	100,0	
Missing Não Responde	13	14,0		
System	10	10,8		
Total	23	24,7		
Total	93	100,0		

Observando a tabela 3.17, verifica-se que 75% dos indivíduos Não Fisioterapeutas, portanto 70 em 93, justificou a sua resposta quanto ao Contributo que a

Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes. Assim, 42,9% consideram que este contributo Melhora a Adesão e Complemento ao Tratamento, 32,9% pensa que Melhora a Função e Qualidade de Vida do doente e os restantes inquiridos se repartem pelas áreas de intervenção ou actuação da Fisioterapia: Melhora a Condição Músculo-Esquelética (10.0%), Condição Córdio-Respiratória (11,4%) e Condição Neuromuscular (11,4%).

3.2.2 Sub-dimensão Eficácia do Fisioterapeuta

Para esta sub-dimensão, Eficácia do Fisioterapeuta, considerou-se os resultados obtidos através das questões 13 e 16.

Tabela 3.18 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo a percepção de Eficácia do Fisioterapeuta

Q13-Eficácia do fisioterapeuta, até que ponto ficou satisfeito?

	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
3 Moderadamente Satisfeito	13	61,9	61,9
4 Muito Satisfeito	8	38,1	100,0
Total	21	100,0	

No que diz respeito à percepção da Eficácia do Fisioterapeuta, dos indivíduos (21) Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia 61,9% manifestaram uma opinião de moderadamente satisfeitos com a Eficácia do Fisioterapeuta e os restantes 38,1% afirmaram terem ficado mesmo muito satisfeitos.

Tabela 3.19 – Caracterização da Amostra Não Fisioterapeutas enquanto Utente de Fisioterapia segundo a percepção em Recomendar o Fisioterapeuta

Q16-Concorda em recomendar especificamente o seu fisioterapeuta a um familiar ou amigo que sofresse de um problema idêntico ao seu?

	Frequencia	Percentagem	Percentagem acumulada
1 Discordo Fortemente	1	4,8	4,8
2 Discordo	2	9,5	14,3
3 Concordo	15	71,4	85,7
4 Concordo Fortemente	3	14,3	100,0
Total	21	100,0	

Perante a questão se concordam em recomendar o fisioterapeuta a um familiar ou amigo, 71,4% diz que concorda em recomendar, 14,3% concorda fortemente em recomendar, 9,5% afirmaram que discordam em recomendar o seu fisioterapeuta, e

4,8% isto é, 1 indivíduo, manifestou a opinião de que discorda fortemente em recomendar.

3.2.3 Sub-dimensão Autonomia Profissional

Para estudar as Atitudes dos Fisioterapeutas e dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto Utentes ou não, face à Autonomia Profissional do Fisioterapeuta, procedeu-se a análise estatística das respostas às questões 23 e 24.

Tabela 3.20 – Caracterização da Amostra segundo o número (n) de indivíduos que manifestaram a sua opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Q23_EF_PHospitalar * Grupo de Inquiridos	333	99,4%	2	,6%	335	100,0%

Dos 335 inquiridos, 333 (99,4%) identificaram a sua opinião e condição relativamente ao Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar, podendo esta ser exercida pelo Fisioterapeuta como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, ou por Indicação Clínica Médica, ou ainda por Prescrição do Fisiatra.

Tabela 3.21 – Teste *Qui-quadrado*

Teste do Qui-Quadrado			
	Valor	gl	probabilidade p (bilateral)
Pearson Chi-Square	77,006 ^a	2	,000
Nº de casos validos	333		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,02.

Tabela 3.22 – Caracterização da Amostra segundo a opinião dos inquiridos sobre a opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar

			Q23_EF_PHospitalar * Grupo de Inquiridos		
			Grupo de Inquiridos		
			1	2 Não	Total
			Fisioterapeuta	Fisioterapeuta	
Q23-No que diz respeito ao exercício de fisioterapia em prática hospitalar considera que o Fisioterapeuta deve:	1 Exercer como Profissional Autónimo de Primeiro Contacto	Frequencia	98	18	116
		% Total	29,4%	5,4%	34,8%
		Residual ajustado	3,5	-3,5	
	2 Exercer por Indicação Clínica Médica	Frequencia	136	37	173
		% Total	40,8%	11,1%	52,0%
		Residual ajustado	2,5	-2,5	
3 Exercer por Prescrição do Fisiatra	Frequencia	8	36	44	
	% Total	2,4%	10,8%	13,2%	
	Residual ajustado	-8,7	8,7		
Total	Frequencia	242	91	333	
	% Total	72,7%	27,3%	100,0%	

Segundo a tabela 3.21 e 3.22, aplicado o teste do *Qui-quadrado* verificamos que existem associações significativas entre as categorias (*Qui-quadrado*; $\chi^2 = 77,006$; g.l.=2; p=0,000), nomeadamente:

- Os Não Fisioterapeutas consideram que em Prática Hospitalar, os Fisioterapeutas devem exercer por Prescrição dos Fisiatras, isto é 36 inquiridos dos 91 que manifestaram a sua opinião (Residual ajustado=8,7).
- Os Fisioterapeutas consideram que em Prática Hospitalar, os Fisioterapeutas devem exercer por como Profissional Autónimo de Primeiro Contacto, isto é 98 inquiridos dos 242 manifestaram a sua opinião (Residual ajustado=3,5).

Podemos também constatar pela tabela 3.22 que, existem 136 inquiridos Fisioterapeutas dos 242 possíveis, portanto 56,2%, que manifestaram a opinião de que o Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar, exercido pelo Fisioterapeuta, poderia ser por Indicação Clínica Médica (qualquer especialidade), havendo apenas 8 indivíduos (3,3%) que admitiram este exercício por Prescrição do Fisiatra. Sendo os restantes 40,5% dos Fisioterapeutas da opinião de que o Fisioterapeuta deve exercer como Profissional Autónimo de Primeiro Contacto.

Tabela 3.23 – Caracterização da Amostra segundo o número (n) de indivíduos que manifestaram a sua opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Privada

	Case Processing Summary					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Q24-No que diz respeito ao exercício de fisioterapia em prática privada considera que o Fisioterapeuta deve: * GRUPO Grupo de Trabalho	333	99,4%	2	,6%	335	100,0%

Dos 335 inquiridos, 333 (99,4%) identificaram a sua opinião e condição relativamente ao Exercício de Fisioterapia em Prática Privada, podendo esta ser exercida pelo Fisioterapeuta como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, ou por Indicação Clínica Médica, ou ainda por Prescrição do Fisiatra.

Tabela 3.24 – Teste *Qui-quadrado*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	104,955 ^a	2	,000
N of Valid Cases	333		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,93.

Tabela 3.25 – Caracterização da Amostra segundo a opinião dos inquiridos sobre a opinião face ao Exercício de Fisioterapia em Prática Privada

Q24_EF_PPrivada Q24-No que diz respeito ao exercício de fisioterapia em prática privada considera que o Fisioterapeuta deve: * GRUPO Grupo de Trabalho Crosstabulation

			GRUPO Grupo de Trabalho		Total
			1 Fisioterapeuta	2 Não Fisioterapeuta	
Q24-No que diz respeito ao exercício de fisioterapia em prática privada considera que o Fisioterapeuta deve:	1 Exercer como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto	Count	177	24	201
		% of Total	53,2%	7,2%	60,4%
		Adjusted Residual	7,8	-7,8	
	2 Exercer por Indicação Clínica Médica	Count	61	31	92
		% of Total	18,3%	9,3%	27,6%
		Adjusted Residual	-1,6	1,6	
3 Exercer por Prescrição do Fisiatra	Count	4	36	40	
	% of Total	1,2%	10,8%	12,0%	
	Adjusted Residual	-9,5	9,5		
Total	Count	242	91	333	
	% of Total	72,7%	27,3%	100,0%	

Segundo a tabela 3.24 e 3.25, aplicado o teste do *Qui-quadrado* verificamos que existem associações significativas entre as categorias (*Qui-quadrado*; $\chi^2 = 104,955$; g.l.=2; p=0,000), nomeadamente:

- Os Não Fisioterapeutas consideram que em Prática Privada, os Fisioterapeutas devem exercer por Prescrição dos Fisiatras, isto é 36 inquiridos dos 91 que manifestaram a sua opinião (Residual ajustado=9,5).
- Os Fisioterapeutas consideram que em Prática Privada, os Fisioterapeutas devem exercer por como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, isto é 177 inquiridos dos 242 manifestaram a sua opinião (Residual ajustado=7,8).

Os Fisioterapeutas que manifestaram esta opinião de que o Fisioterapeuta deve exercer como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, fizeram-no numa percentagem de 73,1%. Podemos ainda constatar pela tabela 3.25, que existem 61 inquiridos Fisioterapeutas dos 242 possíveis, isto é 25,2%, que manifestaram a opinião de que o Exercício de Fisioterapia em Prática Privada, exercido pelo Fisioterapeuta, poderia ser por Indicação Clínica Médica (qualquer especialidade), havendo apenas 4 indivíduos (1,7%) que admitiram este exercício por Prescrição do Fisiatra.

3.2.4 Sub-dimensão Regulação Profissional

Para estudar as Atitudes dos Fisioterapeutas e dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto Utentes ou não, face à Regulação Profissional do Fisioterapeuta, procedeu-se a análise estatística das respostas às questões 25, 26, 27, e 28.

Tabela 3.26 – Caracterização da Amostra segundo a opinião dos inquiridos face à Regulação Profissional do Fisioterapeuta

Item	Grupo de Inquiridos	N	Média	Desvio padrão	t	gl	p	sig
Q25-À semelhança de outras profissões concorda com a criação da "Ordem dos Fisioterapeutas"?	Fisioterapeuta	242	3,73	0,491	11,067	114,015	0,000	**
	Não Fisioterapeuta	93	2,65	0,893				
Q26-À semelhança de outras profissões concorda com a criação da "Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde"?	Fisioterapeuta	242	2,49	0,934	10,968	231,718	0,000	**
	Não Fisioterapeuta	93	3,49	0,670				
Q27-Concorda com a seguinte afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"?	Fisioterapeuta	242	3,95	0,218	11,861	102,336	0,000	**
	Não Fisioterapeuta	93	3,23	0,573				

** - Há diferenças significativas entre os grupos a um nível de significância de 0,01

Considerando a tabela 3.26, podemos verificar que existem diferenças significativas entre fisioterapeutas e não fisioterapeutas relativamente à concordância com a “Ordem dos Fisioterapeutas” (t teste; t=11,067; gl=114,015; p=0,000). Na resposta à questão Q25, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais

favorável relativamente à criação de uma Ordem dos Fisioterapeutas (média=3,73) que os não fisioterapeutas (média=2,65).

Tendo em conta os valores de resposta em relação à questão Q26, podemos verificar que existem diferenças significativas entre fisioterapeutas e não fisioterapeutas relativamente à concordância com a "Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde" (t teste; t=10,968; gl=231,718; p=0,000). De facto, os Não Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais favorável relativamente à criação de uma "Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde" (média=3,49) que os fisioterapeutas (média=2,49).

Podemos ainda verificar que existem diferenças significativas entre fisioterapeutas e não fisioterapeutas relativamente à concordância com "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas" (t teste; t=11,869; gl=102,336; p=0,000). Na resposta à questão Q27, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de forte concordância mais favorável relativamente à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas" (média=3,95) que os não fisioterapeutas (média=3,23).

Tabela 3.27 – Caracterização da Amostra segundo o número (n) de indivíduos que manifestaram a sua opinião face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"

	Case Processing Summary					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Q27_ExExclusivo *						
GRUPO Grupo de Trabalho	335	100,0%	0	,0%	335	100,0%

Constata-se pela tabela 3.27, que a totalidade dos inquiridos manifestou opinião face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"

Tabela 3.28 – Teste *Qui-quadrado*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	160,953 ^a	2	,000
N of Valid Cases	335		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,94.

Tabela 3.29 – Caracterização da Amostra segundo a opinião dos inquiridos face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"

Q27_ExExclusivo Q27-Concorda com a seguinte afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"? * GRUPO Grupo de Trabalho Crosstabulation

		GRUPO Grupo de Trabalho			
		1 Fisioterapeuta	2 Não Fisioterapeuta	Total	
Q27-Concorda com a seguinte afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"?	2 Discordo	Count	0	7	7
		% of Total	,0%	2,1%	2,1%
		Adjusted Residual	-4,3	4,3	
	3 Concordo	Count	12	58	70
		% of Total	3,6%	17,3%	20,9%
		Adjusted Residual	-11,6	11,6	
	4 Concordo Fortemente	Count	230	28	258
		% of Total	68,7%	8,4%	77,0%
		Adjusted Residual	12,6	-12,6	
Total	Count	242	93	335	
	% of Total	72,2%	27,8%	100,0%	

Segundo a tabela 3.29, aplicado o teste do *Qui-quadrado* verificamos que existem associações significativas entre as categorias (*Qui-quadrado*; $\chi^2 = 160,953$; g.l.=2; p=0,000), nomeadamente:

- Os Não Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância relativamente à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", isto é 58 inquiridos dos 93 que manifestaram esta opinião (Residual ajustado=11,6).
- Os Fisioterapeutas revelam uma opinião de forte concordância relativamente à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", isto é, 230 inquiridos dos 242 manifestaram esta opinião (Residual ajustado=12,6).

Os Fisioterapeutas que manifestaram a opinião de concordo fortemente que "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", fizeram-no numa percentagem de 95,04%.

Podemos também constatar pela tabela 4.29 que existem 62,4% inquiridos Não Fisioterapeutas manifestou a opinião de concordo que "o exercício da fisioterapia deve

ser exclusivo dos fisioterapeutas”, havendo mesmo 30% que concorda fortemente com esta afirmação. Há ainda que referir que existem 7 Não Fisioterapeutas inquiridos em 93 que opinaram discordar da afirmação.

Tabela 3.30 – Caracterização da Amostra segundo a razão pela qual os inquiridos discordam face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"

28_ExEPorque Q28-Se respondeu discordo ou discordo fortemente à afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", diga porquê' * Q27_ExExclusivo Q27-Concorda com a seguinte afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"? Crosstabulation

			Q27-Concorda com a seguinte afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas"?	
			2 Discordo	Total
Q28-Se respondeu discordo ou discordo fortemente à afirmação: "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", diga porquê'	1 Há outros profissionais com as mesmas valências.	Count	2	2
		% of Total	28,6%	28,6%
	2 A Reabilitação também pode ser feita por outros.	Count	2	2
		% of Total	28,6%	28,6%
	4 Não Justifica	Count	3	3
		% of Total	42,9%	42,9%
Total		Count	7	7
		% of Total	100,0%	100,0%

Segundo a tabela 3.30 e ao analisar as justificações manifestadas pelos 7 Não Fisioterapeutas que discordaram com a afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas”, 3 deles não justificam, e os restantes 4 dividem-se em igual parte, pelas seguintes razões: “Há outros profissionais com as mesmas valências” e “A reabilitação também pode ser feita por outros”.

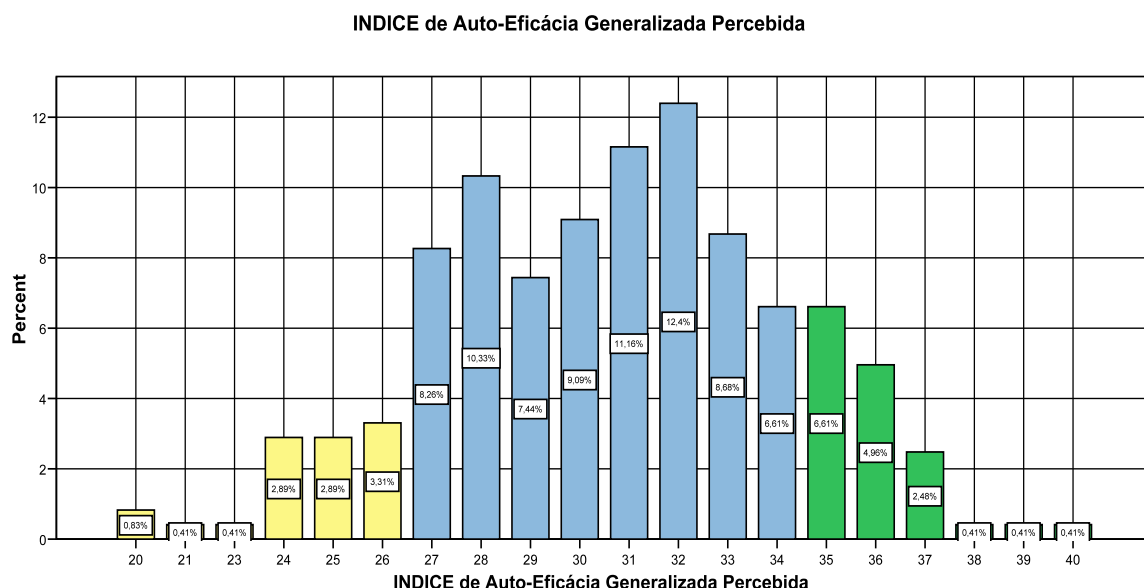
3.3 DIMENSÃO AUTO-EFICÁCIA GENERALIZADA PERCEBIDA DA FISIOTERAPIA E DO FISIOTERAPEUTA

Tabela 3.31 – Índice da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida

Estatísticas		
Índice_EAEGP INDICE de Auto-Eficácia Generalizada Percebida		
N	Valid	242
Média		30,67
Desvio padrão		3,550
Mínimo		20
Maximo		40
Percentis	25	28,00
	50	31,00
	75	33,00

Considerando os resultados evidenciados pela tabela 3.31, pode verificar-se que os 242 indivíduos fisioterapeutas, submetidos à aplicação da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida, apresentam um valor médio de 30,64 para percepção de Auto-eficácia, com um desvio padrão de 3,550, sendo que esta escala oscila do valor 10 como mínimo possível e um máximo de 40.

Gráfico 3.5 – Médias da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida



Segundo o gráfico 3.5 e ao considerar-se os valores médios da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida para uma variação do desvio padrão distanciado da média entre +1 e -1, verifica-se que é nestas condições que se posicionam 66,66%.

Tabela 3.32 – Caracterização da Amostra segundo Comparação do Índice de Auto-Eficácia Generalizada Percebida segundo gênero masculino/feminino

Item	Grupo de Inquiridos	N	Média	Desvio padrão	t	Sig. (2-tailed)	sig
Índice de Auto-Eficácia Generalizada Percebida	Feminino	202	30,38	3,515	-2,881	0,004	**
	Masculino	40	32,13	3,406			

** - Há diferenças significativas entre os grupos a um nível de significância de 0,01

Pela leitura dos resultados apresentados na tabela 3.32 pode verificar-se que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas do sexo Feminino e Masculino relativamente à Auto-Eficácia Generalizada Percebida, a um nível de significância de 0,01 (t teste; $t=-2,881$; $p=0,004$), nomeadamente, a percepção da Auto-Eficácia Generalizada é superior nos Fisioterapeutas do sexo Masculino (média IAEGP=32,13) que nos Fisioterapeutas do sexo Feminino (média IAEGP =30,38).

3.4 ANÁLISE COMPARATIVA DA EFICÁCIA E DA AUTO-EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA E DO FISIOTERAPEUTA

Tabela 3.33 – Caracterização da Amostra segundo a Análise Comparativa da Eficácia e da Auto-Eficácia da Fisioterapia e do Fisioterapeuta

Item	Grupo de Inquiridos	N	Média	Desvio padrão	t	gl	p	sig
Q30/EAEGP5 – “Graças aos meus recursos/recursos da fisioterapia, o fisioterapeuta sabe como lidar com situações”	Fisioterapeuta	242	2,92	0,555	-2,846	287,364	0,005	**
	Não Fisioterapeuta	92	3,05	0,310				
Q29/EAEGP9 – “Se eu tenho problemas/apresentam-se problemas ao fisioterapeuta, geralmente posso/pode pensar em alguma coisa para os resolver”	Fisioterapeuta	242	3,40	0,532	4,990	190,223	0,000	**
	Não Fisioterapeuta	92	3,11	0,456				

** - Há diferenças significativas entre os grupos a um nível de significância de 0,01

Pelos resultados apresentados na tabela 3.33, podemos verificar que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com “*Graças aos meus recursos/recursos da fisioterapia, o fisioterapeuta sabe como lidar com situações*” (t teste; $t=-2,846$; $gl=287,364$; $p=0,005$). Os Não Fisioterapeutas revelam ter uma maior concordância com a afirmação, uma opinião mais favorável (média=3,05) do que os Fisioterapeutas (média=2,92).

Podemos ainda verificar por esta tabela que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com a seguinte

afirmação: “*Se eu tenho problemas/apresentam-se problemas ao fisioterapeuta, geralmente posso/pode pensar em alguma coisa para os resolver*” (t teste; $t=4,990$; $df=190,223$; $p=0,000$). Na resposta à questão Q29/EAEGP9, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais favorável (média=3,40) do que os Não Fisioterapeutas (média=3,11).

3.5 DADOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GENERALIZADA PERCEBIDA

As características psicométricas da versão portuguesa foram avaliadas, no que diz respeito à fidelidade e validade do instrumento, seguindo uma metodologia semelhante à escala original (versão alemã como portuguesa), para efeitos de comparação.

Tabela 3.34 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da “Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida”

Case Processing Summary				Reliability Statistics	
		N	%		
Cases	Valid	242	100,0	Cronbach's Alpha	N of Items
	Excluded ^a	0	,0		
	Total	242	100,0		

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Para determinar a fidelidade da escala foram calculados os coeficientes de *Alpha de Cronbach* (consistência interna) e como podemos constatar pela tabela 3.34 o *Alpha* global é de **0.80**, tendo sido esta amostra constituída por 242 indivíduos.

Tabela 3.35 – Coeficiente de Correlação de cada item com o total (índice geral) da “Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida”

		Correlações	
			Índice_EAEGP de Auto-Eficácia Generalizada Percebida
EAEGP1	E1-"Se me esforçar o suficiente, posso lidar com problemas difíceis."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,593** ,000 242
EAEGP2	E2-"Mesmo que alguém me faça frente, posso sempre encontrar meios e formas de conseguir aquilo que quero."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,637** ,000 242
EAEGP3	E3-"É fácil para mim manter os meus objectivos e atingir as minhas metas."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,591** ,000 242
EAEGP4	E4-"Tenho a certeza que consigo lidar eficazmente com acontecimentos inesperados."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,634** ,000 242
EAEGP5	E5-"Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,586** ,000 242
EAEGP6	E6-"Se eu investir o esforço necessário, consigo resolver a maioria dos meus problemas."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,632** ,000 242
EAEGP7	E7-"Posso permanecer calmo(a) quando estou perante dificuldades porque posso contar com a minha capacidade de lidar com situações."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,569** ,000 242
EAEGP8	E8-"Quando me confronto com um problema, geralmente encontro várias soluções."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,567** ,000 242
EAEGP9	E9-"Se eu tenho problemas, geralmente posso pensar em alguma coisa para os resolver."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,567** ,000 242
EAEGP10	E10-"Independentemente do que possa acontecer, normalmente sou capaz de controlar a situação."	Correlação de Pearson p (bilateral) N	,664** ,000 242

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ao avaliar o poder discriminativo dos itens, procedeu-se à análise da correlação de cada item com o índice geral da escala e como se pode verificar pela tabela 3.35, as correlações item/total são elevadas e significativas, sendo que os itens 2, 4, 6, e 10 apresentam correlações de forte intensidade (superior a 0,60) e os restantes itens de média intensidade (superior a 0,40 e inferior a 0,60).

Tabela 3.36 – Análise Factorial de Componentes Principais com Rotação Ortogonal Varimax, forçando 1 factor (Unidimensional)

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,667	36,674	36,674	3,667	36,674	36,674
2	1,150	11,502	48,176			
3	,956	9,562	57,738			
4	,777	7,769	65,506			
5	,725	7,252	72,759			
6	,680	6,797	79,556			
7	,607	6,069	85,625			
8	,539	5,388	91,013			
9	,453	4,528	95,541			
10	,446	4,459	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Para investigar a validade do constructo, procedeu-se a uma análise factorial de componentes principais com rotação ortogonal varimax, forçando 1 factor, unidimensional como no artigo original. Assim segundo a tabela 3.36, a organização dos dez itens desta versão de escala explica 36,674% da variância total.

CAPITULO 4

Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo, reflecte-se sobre a análise e discussão dos resultados obtidos, quando confrontados com as questões de investigação e, sempre que possível, comparados com os que foram encontrados, por diversos investigadores que realizaram trabalhos semelhantes nesta área.

Este trabalho de investigação, tem o propósito analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas, procura também, estudar a Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas. De modo a simplificar, organizar a análise e discussão dos resultados, este capítulo encontra-se dividido do seguinte modo:

- 4.1 Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia;
- 4.2 Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia do Fisioterapeuta;
- 4.3 Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Autonomia Profissional do Fisioterapeuta;
- 4.4 Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Regulação Profissional da Fisioterapia;
- 4.5 Auto-Eficácia Generalizada Percebida da Fisioterapia e dos Fisioterapeuta;
- 4.6 Análise Comparativa da Eficácia e da Auto-Eficácia da Fisioterapia e do Fisioterapeuta;
- 4.7 Dados Psicométricos da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida.

A análise e discussão dos resultados neste estudo têm em conta uma amostra, que ficou constituída por 335 Profissionais de Saúde, subdivididos em 242 Fisioterapeutas e por 93 profissionais de saúde Não Fisioterapeutas. Em relação à caracterização da amostra, fazem-se ainda algumas considerações, eventualmente importantes, para a compreensão final do estudo.

Podemos constatar um predomínio do género feminino 83,6%, correspondendo a 280 indivíduos do total da amostra (ver tabela 3.1 na página 84).

Nesta amostra, e no que diz respeito à situação profissional, os indivíduos inquiridos exercem predominantemente no sector privado (54,1%) e pelo contrário, o

sector público em exclusividade apenas emprega 17,9%, sendo os restantes distribuídos por situação mista de público + privado (ver tabela 3.4 na página 86). Estes valores são tendencialmente coerentes com realidade se, se considerar a actual política de contenção de disponibilidade vagas nos quadros de saúde da função pública, associado ao facto de que o número de profissionais de saúde existente, em particular os fisioterapeutas é elevado, e também a quantidade de escolas que proliferam e que continuam a formar profissionais em números elevados, faz com que seja impossível não ser o sector privado a albergar a maioria dos profissionais de saúde em exercício.

Aliás, a oferta começa a ser maior do que a procura, o que poderá explicar os resultados do gráfico 3.1 da página 85, que dos 335 indivíduos e no que diz respeito à situação profissional, existam 31,64% de indivíduos, ou seja 106, que não se encontram a exercer. No entanto, há que considerar que alguns poderão estar por opção, uma vez que, quando inquiridos, se encontravam a frequentar o 2º Ciclo de Licenciatura Bi-etápica, como se de uma licenciatura de ciclo único se tratasse.

4.1 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA

Ao estudar as Atitudes dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia, constata-se que o grupo se posiciona perante as afirmações, segundo uma escala de tipo Likert (de 1 – 4) e considerou-se os resultados obtidos através das questões 11, 15, 17, 18, 19, 20, 21 e 22, com o objectivo de estudar a Eficácia da Fisioterapia.

No que diz respeito à percepção da Eficácia da Fisioterapia, os indivíduos Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia manifestaram numa percentagem de 76,2% uma opinião de moderadamente satisfeitos com a Eficácia da Fisioterapia e os restantes 23,8% afirmaram mesmo terem ficado muito satisfeitos (ver tabela 3.10 na página 90). Quando se questiona os inquiridos se concordam em Recomendar a Fisioterapia a um familiar ou amigo, 61,9% diz que concorda em recomendar, 33,3% concorda em recomendar fortemente. (ver tabela 3.11 na página 91). Este resultado vem de encontro com o resultado apresentado por Guerreiro et al., no seu estudo “Contributo para o conhecimento da representação social dos fisioterapeutas junto dos utentes”, onde concluíram que, tanto os utentes do sector privado como do público acreditam nas competências dos fisioterapeutas para resolverem os seus problemas, sendo que os do sector público acreditam mais do que no sector privado (2002).

Quando questionamos os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas em relação ao Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento sobre a Fisioterapia obtivemos 51,6% de inquiridos a considerar que tem um Bom nível de conhecimento, 46,2% considera Mau e, Muito Mau em 2,2% (ver tabela 3.12 na página 91).

Quanto ao Nível de Conhecimento sobre os Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta, os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas em relação ao Grau que atribui ao seu Nível de Conhecimento, posicionam-se da seguinte forma: 1,1 % e 63,4% respectivamente atribuem um Muito Bom e Bom Grau de Conhecimento, sendo que os restantes 35,5% atribuem um Mau Grau ao seu nível de Conhecimento (ver tabela 3.14 na página 92).

Já Melancieiro et al., no estudo “Representações sociais dos médicos em relação à fisioterapia”, quando questionaram sobre “**Conhecimento médico da profissão de fisioterapia**”, a maioria dos médicos inquiridos (87%) revela um bom conhecimento sobre os cuidados de saúde que a fisioterapia presta através dos fisioterapeutas, isto

apesar do conhecimento revelado ter como base a acção do fisioterapeuta em contexto hospitalar (2002). Também Guerreiro et al. concluíram que tanto num sector público como no sector privado, o nível de conhecimento das competências do fisioterapeuta é bom (2002). Assim como, Marques et al., em 2003, no estudo “Representações sociais que os enfermeiros produzem acerca dos fisioterapeutas, chegaram a conclusões semelhantes.

Ao questionar os 93 Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, em relação ao Grau que atribui à Eficácia da Fisioterapia, verificou-se que 78,5% dos inquiridos consideram Bom o Grau de Eficácia da Fisioterapia e os restantes 21,5% consideram mesmo Muito Bom (ver tabela 3.13 na página 92). E, ao questionar os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas em relação ao Grau que atribui à Eficácia dos Cuidados de Saúde prestados pelo Fisioterapeuta, verificou-se que 81,7% dos inquiridos consideram Bom o Grau de Eficácia dos Cuidados de Saúde prestados, e os restantes 18,3% consideram mesmo Muito Bom (ver tabela 3.15 na página 92).

Segundo Melancieiro et al., satisfação dos médicos relativamente ao apoio prestado pela fisioterapia aos utentes de cada especialidade médica é elevada, isto é, 76% dos inquiridos responderam que está satisfeito ou completamente satisfeito. Os restantes indivíduos manifestaram algum descontentamento porque sentem necessidade de mais apoio, leia-se mais fisioterapeutas e durante mais tempo de intervenção por doente (2002).

Para este autor, os médicos inquiridos consideram mesmo elevado o grau de importância atribuído à fisioterapia, em contexto hospitalar, sendo mesmo considerada como imprescindível ou importante para 98% dos inquiridos.

Considerando a profissão de cada inquirido e quando questionados sobre o Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes, os 93 indivíduos Não Fisioterapeutas distribuem-se da seguinte forma: 28% pensa que é Muito Importante esse contributo, 58,1% pensa que é Importante, 9,7% Pouco Importante, 1,1% Nada Importante e 3,2% Não Responderam à questão (ver tabela 3.16 na página 93).

Observando a tabela 3.17 na página 93, verifica-se que 75% dos indivíduos Não Fisioterapeutas, portanto 70 em 93, justificou a sua resposta quanto ao Contributo que a Fisioterapia pode dar para o sucesso dos seus doentes. Assim, 42,9% considerar que este contributo Melhora a Adesão e Complemento ao Tratamento, 32,9% pensa que Melhora a Função e Qualidade de Vida do doente, e os restantes inquiridos se repartem pelas áreas de intervenção ou actuação da Fisioterapia: Melhora a Condição Músculo-

Esquelética (10.0%), Condição Córdio-Respiratória (11,4%) e Condição Neuromuscular (11,4%).

A fisioterapia é vista como mais eficaz nas especialidades médicas de ortopedia, neurologia, reumatologia e cardiologia (Melancieiro et al., 2002).

Deste modo, parece que se pode concluir que, as Atitudes dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia, são no mínimo, moderadamente satisfatórias, suportadas num bom nível de conhecimento sobre a fisioterapia e os cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta (Guerreiro et al., 2002; Melancieiro et al., 2002; Marques et al., 2003).

De facto, a Eficácia coage os indivíduos a executar e a produzir resultados, de acordo com o estipulado pelas normas sociopolíticas externas e exigido por outras organizações e grupos externos. Segundo Beaudin & Savoie a Eficácia de um grupo de trabalho não existe enquanto realidade objectiva, mas sim uma construção dessa mesma realidade (1995). É um juízo de valor, uma avaliação que um indivíduo realiza a face a um grupo e/ou equipa de trabalho, sobretudo no que se refere às actividades, aos produtos e/ou aos resultados e/ou seus efeitos, com base na sua própria representação de Eficácia, nas suas crenças, nos seus valores, interesses e escolhas. Assim, afirmar que uma equipa é eficaz, é afirmar que, face a um conjunto de critérios seleccionados pelo indivíduo que avalia, aquilo que a equipa oferece e a que ele atribui importância, corresponde às suas expectativas.

4.2 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À EFICÁCIA DO FISIOTERAPEUTA

Ao estudar as Atitudes dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto utentes ou não, face à Eficácia do Fisioterapeuta, constata-se que o grupo se posiciona perante as afirmações, segundo uma escala de tipo Likert (de 1 – 4) e consideram-se os resultados obtidos através das questões 13 e 16, com o objectivo de estudar a Eficácia do Fisioterapeuta.

No que diz respeito à percepção da Eficácia do Fisioterapeuta, dos indivíduos Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia, 61,9% manifestaram uma opinião de moderadamente satisfeitos com a Eficácia do Fisioterapeuta, e os restantes 38,1% afirmaram mesmo terem ficado muito satisfeitos (ver tabela 3.18 na página 94).

Perante a questão se concordam em recomendar o fisioterapeuta a um familiar ou amigo, 71,4% diz que concorda em recomendar, 14,3% concorda fortemente em recomendar, portanto 85,7% são favoráveis em recomendar. Dos restantes, 9,5% afirmaram que discordam em recomendar o seu fisioterapeuta e 4,8% isto é, 1 indivíduo, manifestou a opinião de que discorda fortemente em recomendar (ver tabela 3.19 na página 94).

Parece que se pode concluir que os indivíduos Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia estão moderadamente ou muito satisfeitos com a Eficácia do Fisioterapeuta (61,9% e 38,1% respectivamente). Aliás, reforçam os resultados anteriores quando concordam recomendar (71,4%) ou concordam fortemente recomendar (14,3%) o seu fisioterapeuta.

Estes resultados quando confrontados com os outros trabalhos, parece que permitem concluir que os profissionais de saúde não fisioterapeutas onde se inclui também médicos, enfermeiros e utentes, manifestam uma atitude moderadamente satisfeitos ou mesmo muito satisfeito com eficácia do fisioterapeuta (Guerreiro et al., 2002; Melancieiro et al., 2002; Marques et al., 2003).

4.3 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À AUTONOMIA PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA

Para estudar as Atitudes dos Fisioterapeutas e dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto utentes ou não, face à Autonomia Profissional do Fisioterapeuta, procedeu-se a análise estatística das respostas às questões 23 e 24.

Assim, dos 335 inquiridos, (99,4%) identificaram a sua opinião e condição relativamente ao Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar e em Prática Privada, podendo este exercício ser exercido pelo Fisioterapeuta como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, ou por Indicação Clínica Médica, ou ainda por Prescrição do Fisiatra (ver tabela 3.20 na página 95).

Segundo a tabela 3.21 e 3.22 (página 95 e 96 respectivamente), verifica-se que existem associações significativas entre as categorias, nomeadamente: Os Não Fisioterapeutas consideram que em Prática Hospitalar os Fisioterapeutas devem exercer por Prescrição dos Fisiatras, isto é, 36 inquiridos dos 91, portanto cerca de 1/3, que manifestaram esta opinião, enquanto os Fisioterapeutas já consideram que em Prática Hospitalar, os Fisioterapeutas deverão exercer como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, isto é, 98 inquiridos dos 242 manifestaram a sua opinião. Estes resultados, assim como, os que dizem respeito ao exercício em Prática Privada, os Não Fisioterapeutas demonstram que a consequência de uma preparação típica de formação em serviço, acarreta uma certa subserviência ao poder médico, remetendo para este, o poder de prescrição.

Podemos ainda constatar pela tabela 3.22, que existem 136 inquiridos Fisioterapeutas dos 242 possíveis, portanto 56,2%, que manifestaram a opinião de que o Exercício de Fisioterapia em Prática Hospitalar, exercido pelo Fisioterapeuta, poderia ser por Indicação Clínica Médica (de qualquer especialidade), havendo mesmo, 40,5% dos Fisioterapeutas são da opinião de que o Fisioterapeuta deve exercer como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto, sendo que os restantes 3,3% (8 indivíduos) admitiram que o Exercício de Fisioterapia poderia ser por prescrição do médico fisiatra.

No que diz respeito ao Exercício de Fisioterapia em Prática Privada, e segundo a tabela 3.24 e 3.25 na página 97, verificamos que existem associações significativas entre as categorias. Também aqui, Os Não Fisioterapeutas consideram que em Prática Privada os Fisioterapeutas devem exercer por Prescrição dos Fisiatras, isto é 36

inquiridos dos 91 que manifestaram a sua opinião, enquanto os Fisioterapeutas consideram que em Prática Privada os Fisioterapeutas devem exercer como Profissional Autónomo de Primeiro Contacto (73,1%), isto é 177 inquiridos dos 242 manifestaram esta opinião. Podemos ainda constatar pela tabela 3.25, que existem 61 inquiridos Fisioterapeutas dos 242 possíveis, isto é 25,2%, que manifestaram a opinião de que o Exercício de Fisioterapia em Prática Privada, exercido pelo Fisioterapeuta, poderia ser por Indicação Clínica Médica (de qualquer especialidade).

Quando se questionam os profissionais de saúde não fisioterapeutas, que já recorreram a serviços de fisioterapia enquanto utentes, estes recorreram por indicação médica a maioria das vezes (61,9%), o que era de esperar uma vez que o sistema nacional de saúde é filtrado desse modo. No entanto há 14,3% que recorreram por indicação directa do fisioterapeuta (ver gráfico 3.2 e 3.3 na página 86 e 88 respectivamente).

Esta linha de conduta já está mais de acordo com a actual posição dos Fisioterapeutas no que diz respeito a autonomia profissional. De facto, a fisioterapia e os fisioterapeutas são recursos de qualquer sistema de saúde, ao dispor dos respectivos utentes, independentemente da natureza e da organização dos sistemas, das equipas de prestação de cuidados e das eventuais relações burocráticas e administrativas entre os vários profissionais do sector da saúde.

Quando confrontados, os resultados deste estudo com outros, pode verificar-se que existem alguns resultados contraditórios, em que ao mesmo tempo que se reconhece a autonomia de intervenção do fisioterapeuta, recomenda-se que este deva trabalhar sob prescrição médica, e no limite, sob a responsabilidade do fisiatra. Na mesma linha de resultados contraditórios, os médicos e os enfermeiros, sugerem que os utentes que necessitem de cuidados de fisioterapia, estes possam ser prestados por médicos fisiatras e enfermeiros de reabilitação e ou mesmo tempo por outros profissionais, por ventura, nada qualificados (Melancieiro et al., 2002; Marques et al., 2003). A fisioterapia é uma profissão socialmente subordinada ao poder médico nesta matéria.

Num outro estudo, dos inquiridos médicos, 68% considera que os fisioterapeutas só devem exercer sob prescrição médica do fisiatra. No entanto, admitem um papel, no futuro, mais autónomo e fundamental. Para a maioria destes médicos inquiridos (79%), os utentes devem receber cuidados de fisioterapia prestados por médicos fisiatras e fisioterapeutas, parece mais uma vez contraditório, pois médicos fisiatras devem exercer medicina e fisioterapeutas exercer fisioterapia (Melancieiro et al., 2002). Mais uma demonstração do poder médico sobre as restantes profissões de saúde, apesar de, segundo Lopes, nem em todos os países onde existem fisioterapeutas coexistem também

médicos fisiatras e mesmo quando tal acontece, nem sempre isso significa dependência exclusiva dos fisioterapeutas, face aos médicos fisiatras. Aliás, o carácter autónomo da fisioterapia e a identidade própria do fisioterapeuta, como profissional estão salvaguardados quer pela legislação actual, quer pelo *status* social já conquistado (1994). Também para Sandstrom, a autonomia profissional é um contracto social assente na base da confiança pública, baseado numa ocupação que procura encontrar-se numa necessidade social significativa e para preservar a autonomia individual (2007).

Para o cenário de resultados pouco favoráveis à autonomia do fisioterapeuta, terão contribuído eventualmente, as diferentes linhas de formação da fisioterapia, fundamentalmente a “**Linha de Formação em Serviço – 1901**”, relativamente antiga, enquadrada ao nível da formação dos hospitais do Estado e que criou então, os “cursos de auxiliar de fisioterapia” e de “técnico de fisioterapia”. A formação do fisioterapeuta no seu início foi, claramente, influenciada pela medicina e parece que este facto terá dificultado a autonomia e a vinculação do fisioterapeuta com a sociedade, transformando-o, num determinado período da história, num auxiliar, subordinado às regras emitidas pelos médicos. Por outro lado, a “**Linha de Formação Fisioterapeutas – 1957**” marcou desde então uma natureza de formação onde se sublinha a dimensão autónoma do profissional, pautada pelo nível de exigência compatível com os elevados padrões internacionais, onde o acesso à mesma era feito com o nível máximo da formação secundária existente no país, sendo sólida a sua identidade profissional e autonomia de actuação.

Esta evolução decorreu na permanente tensão, entre uma concepção do fisioterapeuta como um “técnico que auxilia o médico”, médico especialista em medicina física e reabilitação, por isso formado por médicos numa tipologia de formação mais de natureza técnico profissional e o fisioterapeuta como profissional de saúde com capacidade de autonomia desempenho, com modelos de decisão e de intervenção próprios, capaz de se integrar, e estar integrado em diferentes equipas de saúde, preparado para o exercício liberal e de primeiro contacto, sendo a sua formação controlada pela própria classe.

De facto, na actual legislação portuguesa e no que diz respeito ao conteúdo funcional da profissão do fisioterapeuta, verifica-se um ideal de serviço ou de orientação para a comunidade e descreve-se que o fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção da capacidade funcional do Indivíduo, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza métodos ou técnicas específicas da profissão; contribui para o diagnóstico mediante a avaliação em fisioterapia; elabora programas adequados de tratamento, trata, ensina, e também rediz relatórios de

resultados obtidos (Portaria n.º 256-A/86, de 28 de Maio). Esta definição é consistente com a definição de “autonomia funcional” descrita na realidade portuguesa, no artigo 3º da Portaria n.º 256-A/86, de 28 de Maio, mantida em vigor pelo Decreto-Lei n.º 569/99, de 21 de Dezembro, diploma este que regula o exercício das profissões de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica no sector público, não havendo no entanto, uma legislação clara quanto a actuação do fisioterapeuta, no sector privado.

Concluindo com o Decreto-lei n.º 564/99, este reconhece que a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica enquadra um conjunto de profissionais detentores de formação especializada, de nível superior e que, no desenvolvimento das suas funções, actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico ou processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho, no âmbito da respectiva profissão. O mesmo diploma dispõe ainda que esta carreira reflecte 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, competindo-lhe, designadamente, prestar cuidados directos de saúde necessários ao tratamento e reabilitação do doente, de forma a facilitar a sua reintegração no respectivo meio social e assegurar, através de métodos e técnicas apropriadas, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente.

4.4 ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE À REGULAÇÃO PROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA

Para estudar as Atitudes dos Fisioterapeutas e dos Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, enquanto Utentes ou não, face à Regulação Profissional do Fisioterapeuta, procedeu-se a análise estatística das respostas às questões 25, 26, 27, e 28.

Considerando a tabela 3.26 (ver página 98), podemos verificar que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com a “Ordem dos Fisioterapeutas”. Na resposta à questão Q25, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais favorável relativamente à criação de uma “Ordem dos Fisioterapeutas” (média=3,73) quando comparados com os Não Fisioterapeutas (média=2,65).

Tendo em conta os valores de resposta em relação à questão Q26, podemos verificar que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com a "Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde". De facto, os Não Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais favorável relativamente à criação de uma "Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde" (média=3,49) que os Fisioterapeutas (média=2,49).

Quando se confronta os resultados desta investigação com outros estudos, em particular com a opinião dos médicos no estudo: “Representações sociais dos médicos em relação à fisioterapia” e no que diz respeito à regulação do exercício profissional, tanto faz ser numa “Ordem dos Fisioterapeutas” para 59% dos inquiridos, como numa “Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde”, quando novamente questionados sobre o assunto (73%). (Melancieiro et al., 2002).

De facto, parece que se pode concluir que, na generalidade, os profissionais de saúde são da opinião, ou pelo menos não se opõem, a que regulação da profissão deva ser feita pelos próprios profissionais.

Podemos ainda verificar que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas". Na resposta à questão Q27, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de forte concordância mais favorável relativamente à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos

fisioterapeutas" (média=3,95) quando comparados com os Não Fisioterapeutas (média=3,23).

Constata-se pela tabela 3.27 (ver página 99) que a totalidade dos inquiridos manifestou opinião face à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas". Assim, segundo a tabela 3.29 (ver página 100), verificamos que existem associações significativas entre as categorias nomeadamente: Os Não Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância relativamente à afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", isto é 58 inquiridos dos 93 que manifestaram esta opinião, enquanto os Fisioterapeutas revelam uma opinião de forte concordância relativamente à mesma afirmação, isto é 230 inquiridos dos 242 manifestaram esta opinião (95,04%).

Podemos também constatar pela tabela 3.29 que existem 62,4% inquiridos Não Fisioterapeutas manifestou a opinião de concordo que "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", havendo mesmo 30% que concorda fortemente com esta afirmação.

No entanto, há ainda que referir que existem 7 Não Fisioterapeutas inquiridos em 93 que opinaram discordar da afirmação. Segundo a tabela 3.30 (ver página 101) e ao analisar as justificações manifestadas pelos 7 Não Fisioterapeutas que discordaram com a afirmação "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas", 3 deles não justificam e os restantes 4 dividem-se em igual parte, pelas seguintes razões: "Há outros profissionais com as mesmas valências" e "A reabilitação também pode ser feita por outros". A ideia de que a fisioterapia pode ser exercida por outros profissionais que não fisioterapeutas foi também encontrada nos resultados do estudo de Melancieiro et al., aquando da aplicação da questão "o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas" 70% concordou com afirmação. Paradoxalmente, para a maioria dos médicos inquiridos (79%), os utentes devem receber cuidados de fisioterapia prestados por médicos fisiatras e fisioterapeutas (2002).

No mesmo estudo há referencia que 52% dos médicos, desconhecem a carreira profissional do fisioterapeuta e os restantes 48% que manifestam conhecer, afirmam que os fisioterapeutas deverão continuar integrados na carreira de TDT e quando questionados sobre qual o grau académico que o fisioterapeuta deve possuir, 63% afirma que devem possuir apenas o grau de Bacharel, manifestando desconhecimento da actual realidade ou legislação que permite o grau de licenciado em Fisioterapia, mesmo mestrado e doutoramento em Ciências da Fisioterapia (Melancieiro et al., 2002).

Parece nitidamente, que nas justificações apresentadas, existem confusões ou desconhecimento de conceitos e/ou da própria Lei. A reabilitação é uma área de

intervenção, onde vários e diferentes profissionais poderão actuar em equipa, com objectivos comuns, definidos pelo grupo, mas onde cada profissional actua dentro das suas valências e competências reconhecidas por Lei. Aliás, a associação da reabilitação à fisioterapia como sendo o mesmo, é prática comum por parte de alguns profissionais de saúde, que assim procuram legitimar a sua actuação de prática não qualificada.

Por outro lado, a não existência de uma clara definição de Fisioterapia legislada dá oportunidade a que outros se façam passar por profissionais com as mesmas valências. No entanto, a Lei é clara e diz que só é fisioterapeuta, o indivíduo que concluiu com aproveitamento um dos dezasseis cursos homologados, actualmente existentes, e como tal, só faz sentido que quem pratica o exercício de fisioterapia seja o fisioterapeuta.

Segundo Wilensky, considerando a quarta fase, “**a protecção do território ocupacional**”, é garantida pela regulamentação da profissão que deverá assegurar o exclusivo do saber-saber, do saber-estar e do saber-fazer desta prática profissional. Como também define profissão como “uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público que os seus serviços são os únicos aceitáveis” (1964).

De facto, Wilensky, considerou o percurso dos cinco passos para o processo de profissionalização, (a necessidade da ocupação, a formação profissional, a associação profissional, a protecção do território ocupacional e o código de ética). Estes cinco passos estão perfeitamente identificados e são identificáveis, ao longo da evolução da história da fisioterapia em Portugal, traduzindo-se, em suma, no preenchimento de todos os passos necessários para um processo efectivo de profissionalização da fisioterapia (1964).

No entanto, não podemos esquecer que o desenvolvimento da fisioterapia (e de outras profissões, nomeadamente das “tecnologias da saúde”) se dá numa altura em que a divisão do trabalho já se encontra dominada pela classe médica. Alguns sociólogos, tal como Blane afirmam que as profissões de saúde são ocupações que sofreram uma profissionalização em resultado do crescimento da medicina (1991).

A autonomia profissional para os fisioterapeutas tem vindo a aumentar na mesma proporção que o domínio médico tem vindo a diminuir, mas este fenómeno é influenciado pelas tendências da racionalização e desprofissionalização dos cuidados de saúde.

Quanto à realidade portuguesa, existe um conjunto de legislação que procura caracterizar e legislar a actividade dos fisioterapeutas e a formação da fisioterapia

(Portaria n.º 256-A/86; Decreto-lei nº320/99; Decreto-lei nº500/99; Decreto-lei nº564/99; Decreto-lei n.º 569/99, Portaria nº 505-D/99, entre outras).

No que diz respeito ao conteúdo funcional da profissão do fisioterapeuta e das suas competências técnicas, a legislação é bem clara, assim como quanto à carreira no sector público que é regulada e controlada pelo Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica. Estes profissionais são obrigados a inscreverem-se na Direcção dos Recursos Humanos da Saúde, como também são fiscalizados no exercício da sua profissão, por um conjunto de Entidades da área da saúde.

Por outro lado, no que se refere à formação, estes profissionais têm as habilitações que são exigidas por lei e são reconhecidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Ciência e do Ensino Superior como profissionais competentes, de nível superior e que tornam exclusiva a execução de métodos e técnicas específicas à esta profissão.

Lopes refere que a questão da regulação do exercício profissional, é um dos elementos centrais referenciando no “*Bechmarking da QAA*” (UK) sobre a autonomia e responsabilidade profissional, é a de ser capaz de actuar respeitando os padrões de prática e requisitos definidos pelo organismo regulador da profissão. Este autor refere ainda que, “*A criação dos organismos reguladores destas profissões é uma necessidade identificada há já vários anos, sendo urgente a sua entrada em funcionamento efectivo*” (2004).

A exigência de registo profissional efectuado na então DRHS, na decorrência da publicação do Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de Agosto, que define os princípios gerais em matéria das profissões de diagnóstico e terapêutica, nelas incluída a profissão de fisioterapeuta, de terapeuta da fala e de terapeuta ocupacional, sendo estas disposições aplicáveis ao sector público, privado e cooperativo, remete os fisioterapeutas para uma realidade profissional de perfeita autonomia, sendo actividade tutelada apenas pelos próprios. Aliás, desta norma em questão, resulta que os fisioterapeutas: colaboram no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas; elaboram programas adequados de tratamento e coloca-os em prática, tratando doentes de diferentes patologias.

4.5 AUTO-EFICÁCIA GENERALIZADA PERCEBIDA DA FISIOTERAPIA E DOS FISIOTERAPEUTA

Considerando os resultados evidenciados pela tabela 3.31 (ver página 103), pode verificar-se que os 242 indivíduos, fisioterapeutas, submetidos à aplicação da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida, que 64,5% dos inquiridos situam-se no grupo etário dos 19 aos 30 anos (ver gráfico 3.1 na página 85) e apresentam um valor médio de 30,64 para percepção de Auto-eficácia (com um desvio padrão de 3,550), sendo que esta escala oscila do valor 10 como mínimo possível e um máximo de 40 e quanto mais próximo do máximo maior é o nível de percepção de Auto-eficácia.

Schwarzer, no seu estudo "*General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures*", encontrou uma distribuição semelhante, isto é, um valor médio de 28,63 para percepção de Auto-eficácia, com um desvio padrão de 6,18 para um total de amostra de 7767 indivíduos de 14 países diferentes. A média de idades oscilava entre os 15 e os 86 anos, mas entre os 19 e 30 anos encontravam-se aproximadamente cerca 4750 indivíduos dos 7767 inquiridos, isto é, cerca 61,2% (2007).

Segundo o gráfico 3.5 (ver página 102) e ao considerar-se os valores médios da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida para uma variação do desvio padrão distanciado da média entre +1 e -1, verifica-se que é nestas condições que se posicionam 66,66%. Portanto, parece poder-se concluir que os fisioterapeutas apresentam um elevado índice de percepção de Auto-eficácia quando comparados como os resultados encontrados por Schwarzer, apesar da diversidade inter cultural e de género que ambos os estudos evidenciam (2007).

Pela leitura dos resultados apresentados na tabela 3.32 (ver página 103) pode verificar-se que existem diferenças significativas entre fisioterapeutas do género feminino e masculino relativamente à Auto-Eficácia Generalizada Percebida, a um nível de significância de 0,01 (t teste; $t=-2,881$; $p =0,004$), nomeadamente, a percepção da Auto-Eficácia Generalizada é superior nos fisioterapeutas do género masculino (média IAEGP=32,13) que nos fisioterapeutas do género feminino (média IAEGP =30,38). Estas diferenças de valores também foram encontradas em outros trabalhos referenciados, e algumas explicações apontam para as diferenças sócio culturais, económicas e/ou contextuais que justificam os resultados (Schwarzer, 2007; Coimbra e Fontaine, 1999).

Esta Auto-Eficácia percebida, refere-se então à, auto percepção que o indivíduo tem, acreditando na sua capacidade e eficácia para encarar o meio ambiente com efectividade e sucesso, levando deste modo às consequências desejadas (Palenzuela, 1982). Portanto, corresponde à auto-eficácia percebida como sendo um constructo motivacional cognitivo em que o indivíduo se auto-avalia como eficaz, para enfrentar o meio ambiente.

Aliás para Bandura, é o próprio indivíduo que, em última análise, pondera suas capacidades de exercer acções pertinentes na contingência de uma determinada tarefa e num determinado contexto (1997).

4.6 ANÁLISE COMPARATIVA DA EFICÁCIA E DA AUTO-EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA E DO FISIOTERAPEUTA

Numa tentativa de procurar uma reflexão, que cruze a opinião de ambos os grupos da amostra, seleccionaram-se duas questões colocadas a cada grupo e pelos resultados apresentados na tabela 3.33 (ver página 103), podemos verificar que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com “*Graças aos meus recursos/recursos da fisioterapia, o fisioterapeuta sabe como lidar com situações*” (t teste; $t=-2,846$; $gl=287,364$; $p=0,005$). Os Não Fisioterapeutas revelam ter uma maior concordância com a afirmação, uma opinião mais favorável (média=3,05) do que os Fisioterapeutas (média=2,92). Isto é, os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas, neste estudo, manifestam uma opinião de que o Fisioterapeuta, graças aos recursos que lhe são próprios resolve, sabendo lidar com situações que lhe são colocadas.

Por outro lado, podemos ainda verificar por esta tabela que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas relativamente à concordância com a seguinte afirmação: “*Se eu tenho problemas/apresentam-se problemas ao fisioterapeuta, geralmente posso/pode pensar em alguma coisa para os resolver*” (t teste; $t=4,990$; $gl=190,223$; $p=0,000$). Na resposta à questão Q29/EAEGP9, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais favorável (média=3,40) do que os Não Fisioterapeutas (média=3,11). Assim, os resultados parecem demonstrar que os Fisioterapeutas apresentam uma boa opinião, no que diz respeito à sua capacidade de pensar em resolver problemas.

De modo geral, a opinião que os Fisioterapeutas revelam sobre as suas capacidades e percepção de auto eficácia, no que diz respeito a estas duas questões e nesta amostra, parece encontrar concordância na opinião que os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas demonstram sobre a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas.

4.7 DADOS PSICOMÉTRICOS DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GENERALIZADA PERCEBIDA

As características psicométricas da versão portuguesa foram avaliadas no que diz respeito à fidelidade, poder discriminativo e validade do instrumento, seguindo uma metodologia semelhante à escala original (versão alemã como na adaptação portuguesa) para efeitos de comparação.

Para determinar a fidelidade da escala foram calculados os coeficientes de *Alpha de Cronbach* (consistência interna) e como podemos constatar pela tabela 3.34 (ver página 104) o *Alpha* global é de 0.80, tendo sido esta amostra constituída por 242 indivíduos neste estudo. De facto, a consistência interna encontrada é muito satisfatória e está de acordo com os valores apresentados por Schwarzer, no seu estudo "*General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures*", em que a consistência interna do alfa de Cronbach para a versão japonesa foi a mais satisfatória (alfa=.91) e a menos satisfatória com um alfa=.78 foi para a adaptação grega (1998, 2007).

Ao avaliar o poder discriminativo dos itens, procedeu-se à análise da correlação de cada item com o índice geral da escala, e como se pode verificar pela tabela 3.35 (ver página 105), as correlações item/total são elevadas e significativas, sendo que os itens 2, 4, 6 e 10 apresentam correlações de forte intensidade (superior a 0,60) e os restantes itens de média intensidade (superior a 0,40 e inferior a 0,60). Também aqui, este estudo vem de encontro com os valores encontrados por Coimbra & Fontaine no seu trabalho "*Adaptação da Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalem, 1993*" (1999). Deste modo, a escala utilizada neste estudo apresenta itens com altos índices de consistência interna obtida e altas correlações existentes entre cada item. (Schwarzer, 1997, 1998, 2007; Coimbra & Fontaine, 1999).

Para investigar a validade do constructo procedeu-se a uma análise factorial de componentes principais com rotação ortogonal varimax, forçando 1 factor, unidimensional, como no artigo original. Assim segundo a tabela 3.36 (ver página 106), a organização dos dez itens desta versão de escala explica 36,674% da variância total. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na aplicação da versão portuguesa, numa amostra constituídas por 449 estudantes, com alguma diversidade sócio-cultura e económica e que apresentou um alfa=.77, destacando-se uma característica sólida de estrutura unidimensional da escala que explica 33,5% da variância dos resultados (Coimbra & Fontaine, 1999).

Deste modo e no que diz respeito à validade, os resultados indicam uma elevada validade transcultural, apesar de existirem limitações ao nível da formulação dos itens nas diferentes traduções e o significado cultural atribuído aos mesmos, ao nível da padronização das regras de aplicação do instrumento, como também na equivalência das características das amostras (Coimbra & Fontaine, 1999).

Assim, parece que se pode concluir que a “*Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993*”, apresenta características psicométricas bastante satisfatórias e no que diz respeito à sua polivalência em diferentes áreas de investigação, justifica a sua utilização e segundo Coimbra & Fontaine ela poderá ser potencializada quando cruzada com outros instrumentos de medida directa ou indirecta de auto-eficácia (1999).

CONCLUSÃO

A evolução da formação em Fisioterapia desenvolveu-se, de um estado pouco estruturado, até a uma formação de nível de ensino superior. De um ensino puramente técnico, subordinado ao controlo médico, até uma licenciatura autónoma.

No seio carreira pública, Carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a Fisioterapia assume-se como uma profissão de características bem definidas, com saberes próprios e exclusivos dos fisioterapeutas e hoje em dia, a legislação permite a intervenção do fisioterapeuta sob indicação clínica de qualquer especialidade médica, onde se inclui também a especialidade de medicina física e de reabilitação, não sendo porém exclusiva desta, pese embora, deva o fisioterapeuta pautar-se segundo o regulamento ou estrutura hierárquica em que está inserido. Pode-se questionar a constitucionalidade deste estatuto de carreira, uma vez que falta a legislação específica para prática privada e falta a legislação para criação de Unidades de Fisioterapia. Estes factos são bem reveladores das dificuldades deste grupo profissional. Não é possível uma classe profissional evoluir, se existirem constantes factores de desagregação externos e internos, como tem demonstrado a história da fisioterapia.

Tanto à luz das teorias funcionalistas, como das interaccionistas, considera-se a fisioterapia uma profissão porque presta um serviço à sociedade, que implica conhecimentos e habilidades especiais. Possui um corpo de saberes próprio, que se aperfeiçoa para melhorar os seus serviços, é responsável pela sua formação, estabelece as suas próprias normas, modelos de actuação e critérios de avaliação. Adapta a sua actuação às necessidades que vão surgindo, aceita e assume a responsabilidade de proteger os seus utentes, realiza uma gestão operacional, tentando otimizar os recursos face às necessidades. Procura o bem-estar e a satisfação dos profissionais, protegendo os seus interesses. Por conseguinte, ajusta-se a um código de conduta baseado em princípios éticos; incentiva à unidade dos seus membros, com o propósito de alcançar objectivos comuns e existem indicadores para se auto-controlar.

A fisioterapia em Portugal é uma profissão em evolução e desenvolvimento, no reforço da sua autonomia, com capacidade de resposta tanto aos desenvolvimentos tecnológicos, como às alterações do sistema de prestação de cuidados de saúde, às variações demográficas e à evolução das próprias expectativas dos utentes.

Segundo Wilensky, o futuro do profissionalismo depende do desenvolvimento na organização do trabalho e no conhecimento específico (1964). A fisioterapia deve conter conhecimento, métodos e técnicas próprias da sua profissão, assim como, beneficiar de uma visibilidade social positiva.

Deste modo, para a afirmação efectiva da fisioterapia como profissão, torna-se então necessária, a caracterização das especificidades do seu saber-saber e do seu saber-fazer, delimitando-o, com uso de instrumentos próprios de avaliação e intervenção no seu contexto legal de actuação. É indiscutível, o quanto a fisioterapia tem avançado, na produção de conhecimento científico, específico e na implementação desse conhecimento na prática clínica, a designada prática baseada em evidência, em programas de pós-graduação, mestrados e doutoramentos.

O fisioterapeuta pode não ser um profissional de primeiro contacto, ainda, mas é um profissional de contacto directo e de alguma duração por sessão de tratamento. E este é um facto inegável e parte substancial do sucesso do fisioterapeuta.

Parece poder-se concluir, que da análise e discussão dos resultados neste estudo, que tiveram em conta uma amostra constituída por 335 Profissionais de Saúde, subdivididos em dois grupos: Grupo Fisioterapeutas, constituído por 242 indivíduos e Grupo Não Fisioterapeutas, constituído por 93 profissionais de saúde, de que na generalidade, existe uma forte tendência para o reconhecimento de uma atitude positiva face à eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas, quer esta atitude seja percebida pelos outros, ou pelos próprios fisioterapeutas.

De facto, e de forma a aprofundar as conclusões deste trabalho, considerando a questão de investigação de partida: *“Quais as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e Qual Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas?”*, reflecta-se sobre as conclusões das seguintes questões orientadoras:

Questão 1 – *“Quais as Atitudes dos diferentes Profissionais de Saúde, enquanto utentes ou não dos cuidados de fisioterapia, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”*

Quanto a esta questão, pode-se concluir que, as Atitudes são moderadamente satisfatórias, suportadas num bom nível de conhecimento sobre a fisioterapia e os cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta. Aliás este resultado encontra alguma semelhança em outros trabalhos (Guerreiro et al., 2002; Melancieiro et al., 2002; Marques et al., 2003).

De facto, a Eficácia coage os indivíduos a executar e a produzir resultados, de acordo com o estipulado pelas normas sociopolíticas externas e exigido por outras

organizações e grupos externos. Afirmar que uma equipa é eficaz, é afirmar que, face a um conjunto de critérios seleccionados pelo indivíduo que avalia, aquilo que a equipa oferece e a que ele atribui importância, corresponde às suas expectativas.

Ainda nesta questão mas face eficácia dos fisioterapeutas, os resultados indicam que os indivíduos Não Fisioterapeutas submetidos a sessões de fisioterapia estão moderadamente ou muito satisfeitos com a Eficácia do Fisioterapeuta (61,9% e 38,1% respectivamente). Aliás, reforçam os resultados anteriores quando concordam recomendar (71,4%) ou concordam fortemente recomendar (14,3%) o seu fisioterapeuta.

Estes resultados quando confrontados com os outros trabalhos, permitem concluir que os profissionais de saúde não fisioterapeutas, onde se incluem também médicos, enfermeiros e utentes, manifestam uma atitude moderadamente satisfeitos ou mesmo muito satisfeito com eficácia do fisioterapeuta (Guerreiro et al., 2002; Melancieiro et al., 2002; Marques et al., 2003).

Questão 2 – *“Quais os níveis de Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”*

Considerando os resultados encontrados, verificou-se que os fisioterapeutas submetidos à aplicação da Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida, apresentam um valor médio de 30,64 para percepção de Auto-eficácia (com um desvio padrão de 3,550), sendo que esta escala oscila do valor 10 como mínimo possível e um máximo de 40 e quanto mais próximo do máximo maior é o nível de percepção de Auto-eficácia. Schwarzer, no seu estudo *“General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures”*, encontrou uma distribuição semelhante, isto é, um valor médio de 28,63 para percepção de Auto-eficácia, com um desvio padrão de 6,18 para um total de amostra de 7767 indivíduos de catorze países diferentes.

Portanto, os resultados indicam que os fisioterapeutas apresentam um elevado índice de percepção de Auto-eficácia quando comparados como os resultados encontrados por Schwarzer, apesar da diversidade inter cultural e de género que os estudos evidenciam (2007).

Questão 3 – *“Será que os níveis de Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas diferem dos níveis Percebidos pelos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas?”*

No que diz respeito aos resultados à questão 1, os profissionais de saúde não fisioterapeutas demonstram uma atitude positiva face a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas. Do mesmo modo que, considerando os resultados à questão 2, pode-se

concluir que, o nível de auto eficácia percebido pelos fisioterapeutas é elevado, denotando um alto nível de confiança destes profissionais.

Para que esta percepção tivesse significado estatístico, cruzou-se a opinião de ambos os grupos da amostra, seleccionando-se duas questões colocadas a cada grupo e pelos resultados verificou-se que existem diferenças significativas entre Fisioterapeutas e Não Fisioterapeutas. Os Não Fisioterapeutas revelam ter uma maior concordância com a afirmação (“*Graças aos meus recursos/recursos da fisioterapia, o fisioterapeuta sabe como lidar com situações*”), uma opinião mais favorável (média=3,05) do que os Fisioterapeutas (média=2,92).

Por outro lado, os Fisioterapeutas revelam uma opinião de concordância mais favorável (média=3,40) do que os Não Fisioterapeutas (média=3,11), relativamente à concordância com a seguinte afirmação: “*Se eu tenho problemas/apresentam-se problemas ao fisioterapeuta, geralmente posso/pode pensar em alguma coisa para os resolver*”.

De modo geral, a opinião que os Fisioterapeutas revelam sobre as suas capacidades e percepção de auto eficácia, nesta amostra, encontra concordância na opinião que os Profissionais de Saúde Não Fisioterapeutas demonstram sobre a eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas.

Em relação à variável Autonomia e Regulação Profissional, os resultados encontrados podem ser considerados igualmente positivos e de nível satisfatório.

A autonomia representa o grau em que o indivíduo possui substancial independência e liberdade para programar o seu trabalho e determinar os procedimentos na sua execução. Porém, para além da autonomia específica de cada uma das profissões, há que ter em conta as actividades interdependentes inerentes à hierarquia própria dos sistemas de saúde.

Aliás, Sandstrom refere que a autonomia profissional é um contracto social assente na base da confiança pública, baseado numa ocupação que procura encontrar-se numa necessidade social significativa e para preservar a autonomia individual (2007).

O Decreto-lei nº564/99, de 21 de Dezembro, que aprova o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica e logo, a regulamentação dos actos próprios destas profissões no sector público, onde se enquadra o Fisioterapeuta, sendo que o nº1 do seu artigo 6º dispõe que “*a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica reflecte 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 ao nível das equipas em que se inserem.*”

Por outro lado, a exigência de registo profissional efectuado na então DRHS, na decorrência da publicação do Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de Agosto, que define os princípios gerais em matéria das profissões de diagnóstico e terapêutica nelas incluindo a profissão de fisioterapeuta, sendo estas disposições aplicáveis ao sector público, privado e cooperativo, remete os fisioterapeutas para uma realidade profissional de perfeita autonomia, sendo actividade tutelada apenas pelos próprios.

A carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, onde se encontra o fisioterapeuta, é uma carreira regulamentada e controlada pelo Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica e estes profissionais são fiscalizados, no exercício da sua profissão, pela Direcção-Geral de Saúde, pela Inspeção-Geral de Saúde, pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, pelas ARS, pela Inspeção-geral do Trabalho e pela Direcção dos Recursos Humanos da Saúde (Decreto-Lei nº320/99).

O Decreto-lei nº 564/99 reconhece que a carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica enquadra um conjunto de profissionais detentores de formação especializada, de nível superior e que, no desenvolvimento das suas funções, actuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico ou processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar e avaliar o processo de trabalho, no âmbito da respectiva profissão. O mesmo diploma dispõe ainda que esta carreira reflecte a diferenciação e qualificação profissional inerentes ao exercício das funções próprias de cada profissão, devendo aquelas ser exercidas com plena responsabilidade profissional e autonomia técnica, competindo-lhe, designadamente, prestar cuidados directos de saúde necessários ao tratamento e reabilitação do doente, de forma a facilitar a sua reintegração no respectivo meio social e assegurar, através de métodos e técnicas apropriadas, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente.

A autonomia profissional para os fisioterapeutas tem vindo a aumentar, na mesma proporção que o domínio médico tem vindo a diminuir. Mas este fenómeno é influenciado pelas tendências da racionalização e desprofissionalização dos cuidados de saúde, a vigorar actualmente.

Considerando as características psicométricas da versão portuguesa, foram avaliadas no que diz respeito à fidelidade, poder discriminativo e validade do instrumento, seguindo uma metodologia semelhante à escala original (tanto na versão alemã como na adaptação portuguesa) para efeitos de comparação.

A consistência interna (*Alpha* global é de 0.80) encontrada é muito satisfatória e está de acordo com os valores apresentados por Schwarzer. Ao avaliar o poder discriminativo dos itens, procedeu-se à análise da correlação de cada item com o índice

geral da escala, este estudo vem de encontro com os valores encontrados por Coimbra & Fontaine. Deste modo, a escala utilizada neste estudo apresenta itens com altos índices de consistência interna obtida e altas correlações existentes entre cada item. (Schwarzer, 1997, 1998, 2007; Coimbra & Fontaine, 1999).

Para investigar a validade do constructo procedeu-se a uma análise factorial de componentes principais com rotação ortogonal varimax e a organização dos 10 itens desta versão de escala explica 36,674% da variância total. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na aplicação da versão portuguesa, destacando-se uma característica sólida de estrutura unidimensional da escala que explica 33,5% da variância dos resultados (Coimbra & Fontaine, 1999).

No que diz respeito à validade, os resultados indicam uma elevada validade trans cultural, apesar de existirem limitações ao nível da formulação dos itens nas diferentes traduções. No entanto, conclui-se que a “*Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993*”, apresenta características psicométricas bastante satisfatórias e no que diz respeito à sua polivalência em diferentes áreas de investigação, justifica a sua utilização e, segundo Coimbra & Fontaine, ela poderá ser potencializada quando cruzada com outros instrumentos de medida directa ou indirecta de auto-eficácia (1999), o que se procurou fazer neste estudo.

O encetar de um processo de auto-crítica profissional nem sempre é tarefa fácil. Quando se fala do próprio em voz própria, ou se é demasiadamente modesto ou, pelo contrário, valorizam-se demais as próprias capacidades. Gleitman considera mesmo que os indivíduos procuram dar sentido ao mundo que os envolve, procurando dar consistência, em primeiro lugar, entre as suas próprias experiências e, em segundo lugar, procedendo à comparação e afirmação com outros (1986).

Ao terminar este trabalho, espera ter-se deixado um contributo leal para o estudo das representações sociais da fisioterapia e dos fisioterapeutas. Provavelmente alcançaram-se os objectivos propostos no início da investigação, encontrando respostas para as questões orientadoras, apesar de algumas limitações encontradas no decorrer do processo, tais como ser uma amostra de dimensão reduzida, por conveniência e a reduzida referência bibliográfica publicada sobre este assunto. Aliás, “*a investigação é, porém, uma tarefa infinita, uma série interminável de caixas negras que ora se abrem, ora se fecham.*” (Jesuino, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Fribourg: Del val.
- Alcobia, P. (2001). Atitudes e satisfação no trabalho. In J. M Carvalho Ferreira, et al (Eds.), *Manual de Psicossociologia das Organizações*, (Cap. 10, pp. 281-289). Lisboa: Editora McGraw-Hill
- Amâncio, L. (1994). *Masculino e feminino: A construção social da diferença*. Porto: Afrontamento.
- Asch, S. (1952). *Social Psychology*. Englewood Cliffs, Nova Jérсия: Prentice-Hall.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (2007). Perfil profissional, um processo dinâmico. Boletim Informativo de Março de 2007 da Associação Nacional de Fisioterapeutas, documento não publicado, Lisboa.
- Bales, R. (1950). A. Set of Categories for the Analysis of Small Group Interaction. *American Sociological Review*, 115, pp. 257-263.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.
- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: A developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell e L. Ross (Eds.), *Social and cognitive development: Frontiers and possible futures* (pp. 200-239). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought & action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs; NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beaudin, G. & Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail: définition, composantes et mesures. In *Revue québécoise de psychologie*, 16 (1), pp. 185-201.
- Bettencourt, C. et al. (2005). Padrões de Prática. In *Padrões de Prática da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas*, pp. 28-29.
- Burns, R. (1986). *The Self-Concept: Theory, measurement, development and behavior*. (4ª Ed.). Londres: Longman.
- Blane, D. (1991). Health professions. In G. Scambler, *Sociology as applied to medicine*. (pp. 221-235). London: Baillière Tindall.
- Carapinheiro, G., & Rodrigues, L. (1998). Profissões: Protagonismos e Estratégias. In J. Viegas & A. Costa, *Portugal, que Modernidade?* Oeiras: Celta
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1993). In *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (VI, pp. 1061-1069).
- Carvalho, C., & Gomes, A. D. (2000). Eficácia Organizacional: Determinantes e Dimensões. *Psychologica*, 25, 179-202.
- Coutinho, M. (1998). Atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional, documento não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Dinis, E. (2003). O ESTeSL: Caminhada histórica ao serviço da vida e das tecnologias da saúde. In ESTeSL (Ed.), (2007), *O Livro*. (ano 2007, pp 6-11). Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde Lisboa.
(ISBN-13: 978-989-8077-00-4).
- Fazio, R. (1986). How do attitudes guide behavior? In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins. (1986). *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*. (pp. 204-243). Nova Iorque: Guilford Press.
- Fernandes, M. (2003). A Declaração de Bolonha e o ensino da fisioterapia em Portugal: opiniões de docentes e estudantes. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional, documento não publicado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. pp. 4-20.
- Ferreira, J., & Casaca, S., & Jerónimo, H. (2001). Teorias ecológicas e sócio-cognitivas. In J. M Carvalho Ferreira, et al (Eds.), *Manual de Psicossociologia das Organizações*. (Cap. 6, pp. 133). Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Festinger, L. (1950). Informal Social Communication. *Psychological Review*, 57, pp. 271-282, 1950).
- Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Evanston, Illinois: Row Peterson.
- Festinger, L., & Gerard, H. B., & Hymovitch, B., & Kelley, H. H. & Raven, B. (1952). The influence process in the presence of extreme deviants. *Human Relations*, 5, pp. 203-210.
- Festinger, L., (1971). Communication sociale informelle. In C. Faucheux & S. Moscovici (eds), *Psychologie sociale théorique et experimental* (pp. 61-76). Paris: Mouton.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação – da concepção à realização, (2ª Ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Garcia-Marques, L. (2001). O inferno são os outros: o estudo da influência do social. In J. Vala, e M. Monteiro, (2004), *Psicologia Social*. (Cap. IX, pp. 227-292). Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian, 6ª Edição.
- Gerard, H., & Orive, R. (1987). The dynamics of opinion formation. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. (Vol. 20, pp. 171-202). San-Diego: Academic Press.
- Guerreiro, M. et al. (2002). Contributo para o conhecimento da representação social dos fisioterapeutas junto dos utentes. Tese de Licenciatura em Fisioterapia. Documento não publicado. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- Hill, M. & Hill, A. (2000) Investigação por questionário. Lisbonne, Edições Sílabas.
- Jesuino, J. C. (1994). Psicologia. Lisboa: difusão cultural
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris: PUF.
- Jones, R. (1984). Attitudes and attitude change in special education: Theory practice. EUA: CEC-ERIC.
- Jones, R. (1990). Interpersonal Perception: New York: F. Company.
- Leyens, J. & Yzerbyt, V. & Schardron, G. (1994). Stereotypes and social cognition. London: Sage publications.
- Lima, L. (1993). Atitudes. In J. Vala, e M. Monteiro, M. (Eds.), *Psicologia Social*, (pp. 167-199). Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lima, L. (2004). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. Vala, e M. Monteiro, M. (Eds), *Psicologia Social*, (Cap. VIII, pp. 187-225). Lisboa: Editora Fundação Calouste Gulbenkian, 6ª Edição.
- Lopes, A. (1994). Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas: papel e modalidades da formação contínua. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, documento não publicado, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa.

- Lopes, A. (2004). Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional, por áreas de Conhecimento. Tecnologias da Saúde. Relatório Final: <http://europa.eu.int/ploteus/portal/>; http://ec.europa.eu/index_pt.htm
- Lourenço, P. (2002). Concepções e dimensões da eficácia grupal: desempenho e níveis de desenvolvimento. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Lourenço, P., & Miguez, J., & Gomes, A., & Freire, P. (2000). Equipas de Trabalho: Eficácia ou Eficácias. In Gomes, A. & al. (Eds.), *Organizações em transição. Contributos da Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Marques, C. et al. (2003). Representações sociais que os enfermeiros produzem acerca dos fisioterapeutas. Tese de Licenciatura em Fisioterapia. Documento não publicado. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- Melancieiro, A. et al. (2002). Representações sociais dos médicos em relação à fisioterapia. Tese de Licenciatura em Fisioterapia. Documento não publicado. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- Morin, E. et al. (1994). *Le Efficacité de l'Organisation - Théories, Représentations et Mesures*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. (2ª ed.). Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representation. *European journal of Social Psychology*, 18, pp. 211-250.
- Nascimento, M. et al. (2006) A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de fisioterapia*. vol.10, n.º 2, pp.241-247. ISSN 1413-3555.
- Neves, J. (2001). Personalidade, percepção e aprendizagem. In J. M Carvalho Ferreira, et al (Eds.), *Manual de Psicossociologia das Organizações*. (Cap. 8, pp. 230-249). Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Oliveira, A. et al. (2000). Um Estudo sobre as Expectativas dos Fisioterapeutas face à Licenciatura em Fisioterapia. Dissertação de Licenciatura em Fisioterapia, documento não publicado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.
- Oliveira, A. et al. (2007). Opiniões dos Fisioterapeutas face à Licenciatura em Fisioterapia. Comunicação sob formato de Poster. In *V Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa*. (ISBN:978-989-8077-02-8).
- Oliveira, A. & Rebelo, P. (2007). *O Ensino da Fisioterapia na União Europeia*. Comunicação sob formato de Poster. In *V Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa*. (ISBN:978-989-8077-02-8).
- Olson, J. & Zanna, M. (1990). Attitude change and attitude-behavior consistency, in B. Baron, W. e Stangor, C. (eds), *Social Psychology*, New York.
- Palenzuela, D. (1982). Variables moduladoras del rendimiento académico: hacia un modelo de motivación cognitivo-social. Dissertação de Doutoramento. Espanha: Universidade de Salamanca.
- Passos, A. (2001). Grupos e equipas de trabalho. In J. M Carvalho Ferreira, et al (Eds.), *Manual de Psicossociologia das Organizações*, (Cap. 12, pp. 335-353). Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Pereira, A. (1999). Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de dados para ciências sociais e psicologia. Lisboa, Edições Sílabo: pp. 114-168.
- Purtilo, R. (1989). Ethical considerations in physical therapy. In R. M Scully, e M. R. Barnes, (Eds), *Physical Therapy*. (pp. 36-41). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Polit, D., & Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª Ed.). Porto Alegre, Artamed.

- Rotter, J. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, pp. 56-67.
- Rodrigues, M. (1997). *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta. pp. 7-45.
- Sandstrom, R. W. (2007). The meanings of autonomy for physical therapy. *Physical Therapy*. 87, pp. 98-110.
- Savoie, A. & Beaudin, G. (1995). Les équipes de travail: que faut-il en connaître? In *Psychologie du travail et des organisations*, 1, (2-3), pp. 116-137.
- Schmoll, B. (1989). Physical therapy today and in twenty-first century. In R. M. Scully e M. R. Barnes (Eds.), *Physical Therapy*, (pp. 36-41). Philadelphia, J.B. Lippincott Company.
- Stoetzel, J. (1963). *La Psychologie Sociale*. Paris: Nouvelle Bibliothèque Scientifique.
- Schwarzer, R. (2007). General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures. Consultado em 17 de Abril de 2007, em Lisboa: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>
- Schwarzer, R. & Born, A. (1998). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in 13 cultures. *World Psychology*, (in press).
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-Efficacy Scale". *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 69-88.
- Tavares, D. (2007). *Escola e Identidade Profissional – O caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa. Edições Colibri. IPL.
- Thomas, D. (1978). *The social psychology of Childhood disability*. Inglaterra: Education Paperbacks.
- Triandis, H. (1971). *Attitude and attitude change*. E.U.A.
- Vala, J. et al (1998). Validation of polemical social representations: Introducing the intergroup differentiation of homogeneity, *Social Science Information*, 37, 469-492.
- Weiner, B. (1992). *Human motivation, Metaphors, Theories and research*. London: Sage Publications.
- Wilensky H. (1964). The professionalization of everyone? *The American Journal of Sociology*. Vol. 70, n.º 2, pp. 137-58.

OUTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (1986). Contributo para a definição do perfil profissional do Fisioterapeuta. Texto de apoio ao 1º Congresso Nacional de Fisioterapeutas, documento não publicado, Lisboa.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. (1990). Perfil profissional, um processo dinâmico. Texto de apoio ao 2º congresso nacional de Fisioterapeutas, documento não publicado, Lisboa.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 1-26.

Baessler, J., e Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la Autoeficacia: Adaptación Española de la Escala de Auto eficacia General de Ansiedad y Estrés, 2 (1), pp. 1-8.

Coutinho, M. (2007). O Exercício em Fisioterapia – Padrões de Prática. In L. Eva (Ed.), (2007), *Arquivos de Fisioterapia*. (Vol. 1, nº3, ano 2007, pp 48-53). Lisboa: Edição em CD.

Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, pp. 297-334.

Eco, U. (2002). Como se faz uma tese em ciências humanas. 9ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

Estrela, E., & Soares, M. A., & Leitão, M. J. (2006). Saber escrever uma tese e outros textos. 4ª Ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote

Fraga, J. (1994). Guia prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos. 4ª Ed. Lisboa: Cosmos.

Gouveia, M., & Lopes, A. (1990) – O reconhecimento do fisioterapeuta como um profissional, Revista Fisioterapia, Vol. 1, Nº 1, Janeiro, pp. 17-20.

Gomes, A., et al. (2000). Discursos de Liderança: o que faz sentido faz-se. *Psychologica*, 23, pp. 7-36.

Harel, F. (2003). Análise estatística dos dados. In Fortin, M.F. (2003) *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Lisboa, Lusociência: pp. 270-304.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.

Pereira, A., & Poupá, C. (2003). Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o Word. 1ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Schwarzer, R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. Psychology and Health: An International Journal, 9, 161-180.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Soares, C. & Amâncio, L. (2004). Em torno da Psicologia – Homenagem a Jorge Correia Jesuino. Lisboa. Livros Horizontes: pp. 19-51.

Vital, E. & Baltazar, C. & Gavinho, C. & Mendes, I. (2006). O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses. In L. Eva (Ed.), (2006), *Arquivos de Fisioterapia*. (Vol. 1, nº2, ano 2006, pp 2-13). Lisboa: Edição em CD.

Zhang, J. X., & Schwarzer, R. (1995). Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. Psychologia, 38(3), 174-181.

Legislação Portuguesa Consultada

- Decreto do Governo n.º 293 de 1901, 27 de Dezembro.
- Decreto-lei n.º 28794 de 1 de Julho de 1938.
- Decreto-lei n.º 45541 de 23 de Janeiro de 1964.
- Decreto-lei n.º 45818 de 15 de Julho de 1964.
- Decreto-lei n.º 414/71 de 27 de Setembro.
- Decreto-lei n.º 371/82 de 10 de Setembro.
- Decreto-lei n.º 384-B/85 de 30 de Setembro.
- Decreto-lei n.º 123/89 de 14 de Abril.
- Decreto-lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro.
- Decreto-lei n.º 320/99 de 11 de Agosto.
- Decreto-lei n.º 500/99.
- Decreto-lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro.
- Decreto-lei n.º 569/99 de 21 de Dezembro.
- Decreto Regulamentar n.º 87/77 de 30 de Dezembro.
- Decreto Regulamentar n.º 4/94 de 18 de Fevereiro.
- Despacho 18/90 de 4 de Abril.
- Diário da República 87/77
- Lei n.º 1/2003 de 6 de Janeiro.
- Portaria n.º 18523 de 1961, 1º Semestre.
- Portaria n.º 19397 de 1962, 2º Semestre.
- Portaria n.º 22034 de 1966, 4 de Junho.
- Portaria n.º 457/70 de 15 de Setembro.
- Portaria n.º 439/75 de 17 de Julho.
- Portaria n.º 709/80 de 23 de Setembro.
- Portaria n.º 256-A/86 de 28 de Maio.
- Portaria n.º 549/86 de 14 de Setembro.
- Portaria n.º 945/93 de 23 de Setembro.
- Portaria n.º 185/94 de 31 de Março de 1994.
- Portaria n.º 505-D/99.
- Portaria n.º 721/00 de 5 de Setembro.

APÊNDICE 1

Apêndice 1 – Documento de pedido de autorização para a realização do estudo a profissionais de saúde que frequentam a ESTeSL.

Apêndice 2 – Documento de pedido de autorização para a distribuição do questionário a fisioterapeutas sócios da APF.

Apêndice 3 – Documento explicativa do estudo.

Apêndice 4 – Declaração de consentimento para a participação no estudo.

Apêndice 5 – Questionário aplicado a profissionais de saúde.

Apêndice 6 – Questionário aplicado a fisioterapeutas.

Apêndice 7 – Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida.

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Prof. Coordenador Manuel Correia

ASSUNTO: Autorização para a realização de um projecto de investigação no âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.

Chamo-me Pedro Rebelo, sou docente no Curso Superior de Fisioterapia (Assistente em exclusividade na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, integrada no Instituto Politécnico de Lisboa) e frequento o VI Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta, coordenado pela Prof. Doutora Natália Ramos.

No âmbito da Unidade Curricular Métodos e Técnicas de Investigação II, da responsabilidade do Prof. Doutor Hermano do Carmo, foi proposta a elaboração de um projecto de Investigação, com o propósito de vir a desenvolver a dissertação de mestrado. Este projecto, tem como objecto de estudo desenvolver um trabalho cujo objectivo será analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes dos cuidados de fisioterapia, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e conta com o apoio do Prof. Catedrático do ISCTE, Jorge Correia Jesuíno, como orientador.

Este estudo cujo Titulo Provisório: **“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ” – Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas** – apresenta como Objectivos:

- Identificar e Comparar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia dos Fisioterapeutas;
- Identificar a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Relacionar os níveis de Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas Percebidos por parte Profissionais de Saúde com os níveis Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

Para a realização desta investigação necessitamos de aplicar os instrumentos de avaliação do estudo, aos alunos (profissionais) que frequentam o 2º ciclo das diferentes licenciaturas que esta escola ministra, sendo acautelado os critérios de segurança do anonimato, assim como respeitada disponibilidade espaço-temporal da ESTeSL, não colocando nunca em causa o normal funcionamento de leccionação dos cursos e da própria escola. Podendo deste modo, se assim o entender, combinar previamente com os coordenadores dos cursos e docentes das respectivas unidades curriculares, o momento mais oportuno para o efeito.

Assim, solicitamos a Vossa Ex.ª autorização para aplicação do estudo.

Grato pela atenção, aguarda-se resposta para pjl.rebelo@gmail.com

Nota – Referências Bibliográficas para os Instrumentos:

- Pereira, M.G. & Silva, N. S. (1999). Escala de Atitudes face aos Médicos e Medicina. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, VI, 496-503.
- Coimbra, S. & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1993). Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, VI, 1061-1069.

Lisboa, XX de XXXXXXXXX de 200X

Exmo. Sr.^a Presidente do Conselho Directivo Nacional
Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

Mestre Isabel de Souza Guerra

ASSUNTO: Autorização para a realização de um projecto de investigação no âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde da Universidade Aberta.

Chamo-me Pedro Rebelo, sou docente no Curso Superior de Fisioterapia (Assistente em exclusividade na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, integrada no Instituto Politécnico de Lisboa) e frequento o VI Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta, coordenado pela Prof. Doutora Natália Ramos.

No âmbito da Unidade Curricular Métodos e Técnicas de Investigação II da responsabilidade do Prof. Doutor Hermano do Carmo, foi proposta a elaboração de um projecto de Investigação, com o propósito de vir a desenvolver a dissertação de mestrado. Este projecto, tem como objecto de estudo desenvolver um trabalho cujo objectivo será analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde, enquanto utentes dos cuidados de fisioterapia, face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e conta com o apoio do Prof. Catedrático do ISCTE, Jorge Correia Jesuino, como orientador.

Este estudo cujo Titulo Provisório: **“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ” – Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas** – apresenta como Objectivos:

- Identificar e Comparar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia dos Fisioterapeutas;
- Identificar a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Relacionar os níveis de Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas Percebidos por parte Profissionais de Saúde com os níveis Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

Para a realização desta investigação necessitamos de aplicar os instrumentos de avaliação do estudo, aos fisioterapeutas sócios efectivos da vossa associação, no momento mais oportuno para o efeito.

Assim, solicitamos a Vossa Ex.^a autorização para aplicação do estudo.

Grato pela atenção, aguarda-se resposta para pjl.rebelo@gmail.com

Nota – Referências Bibliográficas para os Instrumentos:

- Pereira, M.G. & Silva, N. S. (1999). Escala de Atitudes face aos Médicos e Medicina. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, VI, 496-503.
- Coimbra, S. & Fontaine, A. M. (1999). Adaptação da Escala de Auto-eficácia Generalizada Percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1993). Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, VI, 1061-1069.

Lisboa, XX de XXXXXXXX de 200X

DOCUMENTO EXPLICATIVO DO ESTUDO (ESTeSL)

Tema da Investigação:

“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ”

– Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas –

Mestrando:

Pedro Rebelo

Orientador:

Jorge Correia Jesuíno, Prof. Catedrático do ISCTE – Lisboa

Chamo-me Pedro Rebelo, frequento o VI Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta coordenado pela Prof. Doutora Natália Ramos e com o propósito de vir a desenvolver a dissertação de mestrado, o presente estudo tem como objectivo, analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

Assim, definimos como objectivos o seguinte:

- Identificar e Comparar as Atitudes de uma amostra de diferentes Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Identificar a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.
- Relacionar os níveis de Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas Percebidos por parte Profissionais de Saúde com os níveis Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

O estudo não traz vantagens nem desvantagens potenciais aos indivíduos.

Todos os dados recolhidos durante o estudo, serão codificados e tratados de forma confidencial.

Os resultados do estudo serão apresentados e divulgados, nunca identificando os indivíduos participantes nem a instituição onde se realizaram.

A escolha de participar ou não, é voluntária e caso decida participar no estudo, poderá desistir a qualquer momento.

Tema da Investigação:

“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ”

– Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas –

Mestrando:

Pedro Rebelo

Orientador:

Jorge Correia Jesuino, Prof. Catedrático do ISCTE – Lisboa

Chamo-me Pedro Rebelo, sou fisioterapeuta e frequento o **VI Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta** coordenado pela Prof. Doutora Natália Ramos e com o propósito de vir a desenvolver a dissertação de mestrado, o presente estudo tem como objectivo, analisar as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia e Auto Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

Assim, definimos como objectivos específicos o seguinte:

- Identificar e Comparar as Atitudes de uma amostra de diferentes Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas;
- Identificar a Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.
- Relacionar os níveis de Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas Percebidos por parte Profissionais de Saúde com os níveis Auto Eficácia Percebida por parte Fisioterapeutas face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas.

O estudo não traz vantagens nem desvantagens potenciais aos indivíduos.

A escolha de participar ou não, é voluntária e caso decida participar no estudo, poderá desistir a qualquer momento.

Todos os dados recolhidos durante o estudo, serão codificados e tratados de forma confidencial.

Os resultados do estudo serão apresentados e divulgados, nunca identificando os indivíduos participantes nem a instituição onde se realizaram.

Solicitamos, por favor, a Vossa colaboração para realização do estudo e para o efeito poderá Assinar a Declaração de Consentimento Informado, Responder ao Questionário e Devolver ambos, no envelope RSF para Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, **até 31 de Janeiro de 2007**. Nesta primeira fase, os investigadores serão cegos ao processo de separação dos documentos.

Para qualquer esclarecimento contactar pjl.rebelo@gmail.com

Declaração de Consentimento para a Participação no Estudo

Tema da Investigação:

“Estudo Exploratório sobre as Atitudes dos Profissionais de Saúde face à Eficácia da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas e sua Relação com a Auto Eficácia Percebida pelos Fisioterapeutas ”

– Contributo para o Estudo das Representações Sociais da Fisioterapia e dos Fisioterapeutas –

Mestrando:

Pedro Rebelo

Orientador:

Jorge Correia Jesuíno, Prof. Catedrático do ISCTE – Lisboa

Pelo _____ presente _____ documento _____ eu,

_____ ,
consinto participar e colaborar plenamente neste estudo. Reconheço que os procedimentos desta investigação me foram explicados e que todas as questões foram esclarecidas de forma clara e inequívoca, durante a sessão de esclarecimento.

Reconheço também que este estudo não apresenta possibilidades de risco nem vantagens potenciais.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo, a investigação e/ou os métodos utilizados. Sou livre de não participar ou de desistir do estudo, em qualquer momento.

Foi-me garantido que toda a informação recolhida a meu respeito será guardada de forma confidencial e que nenhuma informação pessoal será publicada ou comunicada, sem a minha prévia permissão.

Lisboa, ___ de _____ de 200X

Ass.

Questionário

Por favor, responder ou assinalar a opção que melhor se adequa à sua caracterização e opinião, independentemente de já ter recorrido a serviços de fisioterapia ou não.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Agradecemos a sua colaboração respondendo com a máxima sinceridade.

1. Idade em anos: _____

2. Género: 2.1. Feminino 2.2. Masculino

3. Habilitações Académico – Profissionais:

3.1. Bacharelato _____

3.2. Licenciatura _____

3.3. Mestrado _____

3.4. Doutoramento _____

4. Profissão: _____

5. Tempo de Exercício Profissional em anos completos: _____

6. Situação profissional actual:

6.1. Só Público

6.2. Só Privado

6.3. Público + Privado

7. Vínculo à Instituição (principal) onde exerce:

7.1. Trabalhador Independente

7.2. Contrato a Termo Certo

7.3. Quadro da Instituição

8. Quando foi a última vez que recorreu a serviços de fisioterapia enquanto utente?

8.1. Há menos de 6 meses.

8.2. Entre 6 meses a 12 meses.

8.3. Há mais de 1 ano.

8.4. Nunca. (Neste caso passe à questão n.º 17)

9. As sessões de fisioterapia que frequentou foram ministradas em:

9.1. Serviço de Saúde Público.

9.2. Serviço de Saúde Privado.

9.3. Ambos.

10. Quem lhe indicou a necessidade de sessões de fisioterapia que frequentou?

10.1. O Próprio.

10.2. O Médico da especialidade: _____

10.3. Familiares.

10.4. Amigos.

10.5. Fisioterapeuta.

11. Após o fim das sessões, e no que diz respeito à Eficácia da Fisioterapia, até que ponto ficou satisfeito?

11.1. Nada Satisfeito.

11.2. Pouco Satisfeito.

11.3. Moderadamente Satisfeito.

11.4. Muito Satisfeito.

12. Se respondeu nada ou pouco satisfeito à questão n.º 11, diga porquê?

13. Após o fim das sessões, e no que diz respeito à Eficácia do Fisioterapeuta, até que ponto ficou satisfeito?

13.1. Nada Satisfeito.

13.2. Pouco Satisfeito.

13.3. Moderadamente Satisfeito.

13.4. Muito Satisfeito.

14. Se respondeu nada ou pouco satisfeito à questão n.º 13, diga porquê?

15. Concorda em Recomendar a Fisioterapia a um familiar ou amigo que sofresse de um problema idêntico ao seu?
- 15.1. Discordo Fortemente.
 - 15.2. Discordo.
 - 15.3. Concordo.
 - 15.4. Concordo Fortemente.
16. Concorda em Recomendar especificamente o seu Fisioterapeuta a um familiar ou amigo que sofresse de um problema idêntico ao seu?
- 16.1. Discordo Fortemente.
 - 16.2. Discordo.
 - 16.3. Concordo.
 - 16.4. Concordo Fortemente.
17. Que grau atribui ao seu nível de conhecimentos sobre a fisioterapia?
- 17.1. Muito Mau.
 - 17.2. Mau.
 - 17.3. Bom.
 - 17.4. Muito Bom.
18. Que grau atribui ao seu nível de conhecimentos sobre os cuidados de saúde prestados pelo fisioterapeuta?
- 18.1. Muito Mau.
 - 18.2. Mau.
 - 18.3. Bom.
 - 18.4. Muito Bom.
19. Tendo em conta a sua especialidade de intervenção, considera que a fisioterapia pode dar um contributo importante para o sucesso do tratamento dos seus doentes?
- 19.1. Nada Importante.
 - 19.2. Pouco Importante.
 - 19.3. Importante.
 - 19.4. Muito Importante.
20. Justifique a sua escolha na questão n.º19
-
-
21. Qual pensa ser Grau de Eficácia da Fisioterapia?
- 21.1. Muito Mau.
 - 21.2. Mau.
 - 21.3. Bom.
 - 21.4. Muito Bom.
22. Qual pensa ser Grau de Eficácia dos cuidados de saúde prestados pelo Fisioterapeuta?
- 22.1. Muito Mau.
 - 22.2. Mau.
 - 22.3. Bom.
 - 22.4. Muito Bom.
23. No que diz respeito ao Exercício da Fisioterapia em Prática Hospitalar considera que (escolha apenas uma opção):
- 23.1. O Fisioterapeuta deve exercer como profissional autónomo de primeiro contacto.
 - 23.2. O Fisioterapeuta deve exercer por indicação clínica de um médico de qualquer especialidade da medicina.
 - 23.3. O Fisioterapeuta só deve exercer sob prescrição médica do fisiatra.
24. No que diz respeito ao Exercício da Fisioterapia em Prática Privada considera que (escolha apenas uma opção):
- 24.1. O Fisioterapeuta deve exercer como profissional autónomo de primeiro contacto.
 - 24.2. O Fisioterapeuta deve exercer por indicação clínica de um médico de qualquer especialidade da medicina.
 - 24.3. O Fisioterapeuta só deve exercer sob prescrição médica do fisiatra.
25. À semelhança de outras profissões, concorda com a criação da “Ordem dos Fisioterapeutas”?
- 25.1. Discordo Fortemente.
 - 25.2. Discordo.
 - 25.3. Concordo.
 - 25.4. Concordo Fortemente.
26. À semelhança de outras profissões, concorda com a criação da “Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde”?
- 26.1. Discordo Fortemente.
 - 26.2. Discordo.
 - 26.3. Concordo.
 - 26.4. Concordo Fortemente.
27. Concorda com a seguinte afirmação: “o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas”?
- 27.1. Discordo Fortemente.
 - 27.2. Discordo.
 - 27.3. Concordo.
 - 27.4. Concordo Fortemente.

28. Se respondeu discordo ou discordo fortemente à questão n.º 27, diga porquê?

29. Aos problemas que se apresentam ao fisioterapeuta, geralmente ele pode pensar em alguma coisa para os resolver.

- 29.1. Discordo Fortemente.
- 29.2. Discordo.
- 29.3. Concordo.
- 29.4. Concordo Fortemente.

30. Graças aos recursos da fisioterapia, o fisioterapeuta sabe como lidar com situações imprevistas.

- 30.1. Discordo Fortemente.
- 30.2. Discordo.
- 30.3. Concordo.
- 30.4. Concordo Fortemente.

Obrigado pela sua colaboração.

Questionário

Por favor, responder ou assinalar a opção que melhor se adequa à sua caracterização e opinião, independentemente de já estar a exercer ou não.

Este questionário é anónimo e confidencial.

Agradecemos a sua colaboração respondendo com a máxima sinceridade.

1. Idade em anos: _____ 2. Género: 2.1. Feminino 2.2. Masculino
3. Habilitações Académico – Profissionais:
 - 3.1. Bacharelato _____
 - 3.2. Licenciatura _____
 - 3.3. Mestrado _____
 - 3.4. Doutoramento _____
4. Profissão: _____
5. Tempo de Exercício Profissional em anos completos: _____
6. Situação profissional actual:
 - 6.1. Só Público
 - 6.2. Só Privado
 - 6.3. Público + Privado
7. Vínculo à Instituição (principal) onde exerce:
 - 7.1. Trabalhador Independente
 - 7.2. Contrato a Termo Certo
 - 7.3. Quadro da Instituição
8. No que diz respeito ao Exercício da Fisioterapia em Prática Hospitalar considera que (escolha apenas uma opção):
 - 8.1. O Fisioterapeuta deve exercer como profissional autónomo de primeiro contacto.
 - 8.2. O Fisioterapeuta deve exercer por indicação clínica de um médico de qualquer especialidade da medicina.
 - 8.3. O Fisioterapeuta só deve exercer sob prescrição médica do fisiatra.
9. No que diz respeito ao Exercício da Fisioterapia em Prática Privada considera que (escolha apenas uma opção):
 - 9.1. O Fisioterapeuta deve exercer como profissional autónomo de primeiro contacto.
 - 9.2. O Fisioterapeuta deve exercer por indicação clínica de um médico de qualquer especialidade da medicina.
 - 9.3. O Fisioterapeuta só deve exercer sob prescrição médica do fisiatra.
10. À semelhança de outras profissões, concorda com a criação da “Ordem dos Fisioterapeutas”?
 - 10.1. Discordo Fortemente.
 - 10.2. Discordo.
 - 10.3. Concordo.
 - 10.4. Concordo Fortemente.
11. À semelhança de outras profissões, concorda com a criação da “Ordem dos Profissionais das Ciências e Tecnologias da Saúde”?
 - 11.1. Discordo Fortemente.
 - 11.2. Discordo.
 - 11.3. Concordo.
 - 11.4. Concordo Fortemente.
12. Concorda com a seguinte afirmação: “o exercício da fisioterapia deve ser exclusivo dos fisioterapeutas”?
 - 12.1. Discordo Fortemente.
 - 12.2. Discordo.
 - 12.3. Concordo.
 - 12.4. Concordo Fortemente.
13. Se respondeu discordo ou discordo fortemente no ponto 12, diga porquê?

Escala de Auto-Eficácia Generalizada Percebida de Schwarzer & Jerusalém, 1993
Tradução de Fontaine & Coimbra, 1998/1999

Agradecemos a sua colaboração respondendo com a máxima sinceridade e logo com primeira ideia perante cada afirmação.

Este questionário é anónimo.

Indique em que grau classifica os descritores a seguir mencionados utilizando a seguinte escala.

1	2	3	4
Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente

Grau		
1		“Se me esforçar o suficiente, posso sempre lidar com problemas difíceis.”
2		“Mesmo que alguém me faça frente, posso sempre encontrar meios e formas de conseguir aquilo que quero.”
3		“É fácil para mim manter os meus objectivos e atingir as minhas metas.”
4		“Tenho a certeza que consigo lidar eficazmente com acontecimentos inesperados.”
5		“Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.”
6		“Se eu investir o esforço necessário, consigo resolver a maioria dos meus problemas.”
7		“Posso permanecer calmo(a) quando estou perante dificuldades porque posso contar com a minha capacidade de lidar com situações.”
8		“Quando me confronto com um problema, geralmente encontro várias soluções.”
9		“Se eu tenho problemas, geralmente posso pensar em alguma coisa para os resolver.”
10		“Independentemente do que possa acontecer, normalmente sou capaz de controlar a situação.”