

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**ATITUDES DOS FISIOTERAPEUTAS
FACE AO EXERCÍCIO E AO ENSINO
NA ÁREA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO**

Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho

Ref. 14406

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Educacional

Lisboa, 1998

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**ATITUDES DOS FISIOTERAPEUTAS
FACE AO EXERCÍCIO E AO ENSINO
NA ÁREA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO**

Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho

Ref. 14406
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Dissertação apresentada para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Educacional

Orientadora: Professora Doutora Glória Ramalho

Lisboa, 1998

Aos meus pais
Ao meu marido e ao meu filho

Agradecimentos

No momento em que termino este trabalho desejo exprimir a minha gratidão a todos os que o tornaram possível. Em particular agradeço:

— à minha orientadora, Professora Doutora Glória Ramalho, pelo apoio, estímulo, análise crítica e paciência que demonstrou ao longo de todas as etapas da elaboração desta dissertação;

— ao conjunto de docentes da parte escolar do curso de Mestrado que, com a organização científica e pedagógica que lhe imprimiram, o transformou numa experiência de vida muito gratificante e construtiva;

— ao Dr. João Varandas, ao Professor Doutor Joaquim Gomes da Silva e ao Dr. Esaú Dinis, Directores da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, aos colegas do curso de Fisioterapia e dos outros cursos da Escola, que me incentivaram e apoiaram na realização deste curso;

— aos fisioterapeutas que aceitaram responder ao questionário e à escala de atitudes, o que tornou possível a realização do estudo com vista à concretização da dissertação, e a todos os colegas com quem ao longo dos anos reflecti, discuti e organizei as questões centrais da Fisioterapia, através das quais construí a minha própria imagem da profissão;

— ao Luís Fernandes e à Maria Manuel Costa pela disponibilidade e dedicação que colocaram no tratamento dos dados e do texto respectivamente;

— aos meus familiares, em particular ao António, pelo apoio, incentivo e paciência que demonstraram ao longo das diversas fases da elaboração do trabalho;

— aos meus amigos e colegas que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para que a realização deste estudo fosse possível.

Resumo

A finalidade deste trabalho é contribuir para a análise do desenvolvimento da identidade profissional dos fisioterapeutas, centrando-se no estudo das suas atitudes face ao exercício e ao ensino.

A Fisioterapia no nosso país, tanto como área científica como profissão, está directamente ligada aos contextos históricos, políticos e sociais, que influenciaram não só o exercício e o ensino mas também cada fisioterapeuta e a forma como ele percepção a realidade. Este aspecto tem uma importância significativa nas atitudes que são exprimidas face aos objectos mencionados.

A ausência de estudos realizados neste âmbito obrigou a uma pesquisa sobre os diplomas legais que têm regulamentado a evolução da Fisioterapia.

Em termos internacionais caracterizou-se a Fisioterapia através da apresentação das organizações que actualmente representam a profissão e o ensino e dos estudos mais recentes por elas realizados com vista a apresentação de uma visão integrada da situação relativa à realidade portuguesa.

Para fundamentar o estudo relativamente às atitudes realizamos uma pesquisa sobre o próprio conceito, tendo em conta a sua evolução, avaliação, formação, funções e processos de mudança de atitudes.

O estudo sobre as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino desenvolveu-se em algumas instituições de saúde e de uma Escola Superior de Tecnologia de Saúde da área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo. A amostra foi constituída por 77 fisioterapeutas que exercem e/ou leccionam, que responderam a um questionário e a uma escala de atitudes, construída com base nos diplomas legais que regulamentam a Fisioterapia.

Para organizar o estudo, foram formuladas três questões consideradas estruturantes e que serviram para orientar a pesquisa.

O estudo permitiu concluir que as atitudes tanto dos fisioterapeutas do exercício como do ensino apresentam padrões de concordância, discordância e dispersão, face ao actual enquadramento legal do exercício e do ensino. Foi também concluído que existem diferenças nas atitudes dos fisioterapeutas que exercem exclusivamente nas instituições de saúde e nas atitudes dos fisioterapeutas que desenvolvem actividades docentes.

O trabalho integra ainda recomendações com o objectivo de contribuir para a realização de futuros trabalhos de investigação nesta área.

Abreviaturas

APF	— Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
ARS	— Administração Regional de Saúde
CCEA	— Curso Complementar de Ensino e Administração
CEE	— Comunidade Económica Europeia
CESE	— Curso de Estudos Superiores Especializado
CPLKUE	— Comité Permanent de Liaison des Kinésithérapeutes dans l'Union Européenne
D.L.	— Decreto-Lei
D.R.	— Decreto Regulamentar
DRHS	— Departamento de Recursos Humanos da Saúde
EFTA	— European Free Trade Association
ENPHE	— European Network of Physiotherapy in Higher Education
ENSP	— Escola Nacional de Saúde Pública
ERA	— Escola de Reabilitação do Alcoitão
ESSA	— Escola Superior de Saúde do Alcoitão
ESTeS	— Escola Superior de Tecnologia de Saúde
ETSS	— Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde
EUA	— Estados Unidos da América
ISPA	— Instituto Superior de Psicologia Aplicada
SCML	— Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
TDT	— Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
UE	— União Europeia
WCPT	— World Confederation for Physical Therapy

Índice Geral

Introdução

.....	1
-------	---

1. A Fisioterapia em Portugal

1.1. Caracterização da Fisioterapia actualmente em Portugal.....	3
1.2. Retrospectiva histórica da Fisioterapia em Portugal.....	6
1.2.1. Considerações prévias.....	6
1.2.2. 1ª etapa: Técnicas médicas.....	7
1.2.3. 2ª etapa: Auxiliares de Fisioterapia, Técnicos de Fisioterapia e Fisioterapeutas.....	9
1.2.4. 3ª etapa: Técnicos Auxiliares dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica / fisioterapeuta.....	12
1.2.5. 4ª etapa: Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.....	14
1.2.6. 5ª etapa: Enquadramento legal do exercício e integração da Fisioterapia no ensino superior.....	17
1.3. Perspectivas do futuro.....	19

2. A Fisioterapia a nível internacional

2.1. Retrospectiva histórica da Fisioterapia a nível internacional.....	21
2.2. Definição de Fisioterapia a nível internacional.....	24
2.2.1. Considerações prévias.....	24
2.2.2. Razões de natureza socio-histórica que contribuem para a definição de Fisioterapia a nível internacional.....	24
2.2.3. Razões de natureza epistemológica que contribuem para a definição de Fisioterapia a nível internacional.....	25
2.2.4. Razões de natureza sócio-organizacional que contribuem para a definição da Fisioterapia a nível internacional.....	28
2.3. Organizações internacionais que actualmente representam a Fisioterapia.....	29
2.3.1. Considerações prévias.....	29
2.3.2. World Confederation for Physical Therapy (WCPT).....	29
2.3.3. Comité Permanent de Liaison des Kinésithérapeutes dans l'Union Européenne (CPLKUE).....	30
2.3.4. European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE).....	41

3. Um estudo teórico sobre atitudes

3.1. Conceito de atitudes.....	43
3.2. Retrospectiva histórica do conceito de atitudes	48
3.3. Outros conceitos relacionados com as atitudes	50
3.3.1. Considerações prévias	50
3.3.2. Os traços de personalidade	50
3.3.3. As crenças.....	50
3.3.4. Os valores.....	51
3.3.5. As ideologias.....	51
3.3.6. As opiniões	52
3.4. A avaliação das atitudes	52
3.5. A formação das atitudes.....	53
3.5.1. Considerações prévias	53
3.5.2. Aspectos determinantes.....	54
3.6. As funções das atitudes	59
3.6.1. Considerações prévias	59
3.6.2. Funções motivacionais	59
3.6.3. Funções cognitivas das atitudes.....	59
3.6.4. Funções Sociais.....	62
3.6.5. Funções de orientação para a acção.....	63
3.7. Componentes das atitudes.....	65
3.7.1. O comportamento cognitivo	65
3.7.2. Atitude e comportamento.....	67
3.8. Atitudes e outros processos psicológicos.....	70
3.8.1. Atitudes e Percepção.....	70
3.8.2. Atitudes e Motivação	70
3.8.3. Atitudes e Aprendizagem	70
3.9. Mudança de atitude.....	71

4. Um estudo sobre atitudes dos fisioterapeutas na área da grande Lisboa e vale do Tejo face ao exercício e ao ensino

4.1. Metodologia	79
4.1.1. Objectivo e questões	79
4.1.2. Amostra	79
4.1.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados	79
4.1.4. Resultados	83

4.2. Apresentação dos resultados	84
4.2.1. Considerações prévias	84
4.2.2. Resultados relativos à caracterização inicial dos fisioterapeutas	84
4.2.3. Resultados relativos à caracterização específica dos fisioterapeutas do exercício	89
4.2.4. Resultados relativos à caracterização específica dos fisioterapeutas do ensino	91
4.2.5. Resultados relativos à caracterização geral dos fisioterapeutas	92
4.2.6. Resultados relativos à Escala de Atitudes	97
4.3. Discussão e interpretação dos resultados por área temática	144
4.3.1. Considerações prévias	144
4.3.2. Itens com tendência para a dispersão	144
4.3.3. Itens com tendência para a discordância	147
4.3.4. Itens com tendência para a concordância forte	148
4.3.5. Itens com tendência para a concordância moderada	151
4.3.6. Itens com tendência para uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância forte nos fisioterapeutas que exercem funções docentes	153
4.3.7. Itens com tendência para uma concordância forte nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes	155
4.3.8. Relação entre os itens de cada área temática	157
4.3.9. Enquadramento do estudo realizado com a revisão bibliográfica sobre atitudes... ..	172

Conclusões

.....	185
-------	-----

Considerações finais e Recomendações

.....	193
-------	-----

Referências bibliográficas

.....	197
-------	-----

Anexo

Elementos do trabalho de campo	205
--------------------------------------	-----

Índice das figuras

Figura 3.1 — Papel das atitudes na determinação do comportamento.....	66
Figura 3.2 — Adaptação do modelo de Ajzen e Fishbein (1980)	69
Figura 4.1 — Caracterização das distribuições das idades e dos sexos nas instituições de saúde.....	85
Figura 4.2 — Caracterização das distribuições das idades e dos sexos na ESTeS.....	86
Figura 4.3 — Gráfico de barras das respostas ao item "A titularidade de curso reconhecido nos termos legais"	97
Figura 4.4 — Gráfico de barras das respostas ao item "A titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos ministros da educação e da saúde"	98
Figura 4.5 — Gráfico de barras das respostas ao item "A titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública"	99
Figura 4.6 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão"	100
Figura 4.7 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os trabalhadores autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão"	101
Figura 4.8 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os trabalhadores subordinados e autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão"	102
Figura 4.9 — Gráfico de barras das respostas ao item " O fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde sendo a sua intervenção feita sob prescrição do respectivo elemento médico"	103
Figura 4.10 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos" ...	104
Figura 4.11 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção"	105
Figura 4.12 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa"	106

Figura 4.13 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos, pessoais e sociais dos doentes"	107
Figura 4.14 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas"	108
Figura 4.15 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado consoante a sua incapacidade ou deficiência"	109
Figura 4.16 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos"	110
Figura 4.17 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão"	111
Figura 4.18 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento"	112
Figura 4.19 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas"	113
Figura 4.20 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza electroterapia"	114
Figura 4.21 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza hidroterapia"	115
Figura 4.22 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas de 1ª classe enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão"	116
Figura 4.23 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas principais enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão"	117
Figura 4.24 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas de 1ª classe colaboram como monitores nos cursos de formação"	118
Figura 4.25 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas principais colaboram como monitores nos cursos de formação"	119
Figura 4.26 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas habilitados com o CCEA exercem funções de professor nas escolas onde se lecciona Fisioterapia"	120
Figura 4.27 — Gráfico de barras das respostas ao item "O acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante concurso com provas públicas"	121
Figura 4.28 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de diagnóstico e terapêutica na administração pública"	122
Figura 4.29 — Gráfico de barras das respostas ao item "As ESTeS são dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira"	123

Figura 4.30 — Gráfico de barras das respostas ao item "O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob a tutela dos ministérios da educação e da saúde"	124
Figura 4.31 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação"	125
Figura 4.32 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação"	126
Figura 4.33 — Gráfico de barras das respostas ao item "Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto da carreira docente do ensino superior politécnico"	127
Figura 4.34 — Gráfico de barras das respostas ao item "O curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS"	128
Figura 4.35 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração"	129
Figura 4.36 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS deverá leccionar CESEs"	130
Figura 4.37 — Gráfico de barras das respostas ao item "Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia»"	131
Figura 4.38 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS-Lx deverá continuar a leccionar o CESE em ensino e administração"	132
Figura 4.39 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS-Lx deve atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração"	133
Figura 4.40 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista"	134
Figura 4.41 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde"	135
Figura 4.42 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo"	136
Figura 4.43 — Gráfico de barras das respostas ao item "A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia"	137
Figura 4.44 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia"	138

Figura 4.45 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas estão representados nos conselhos de administração das instituições de saúde"	139
Figura 4.46 — Gráfico de barras das respostas ao item "A APF é representativa de todos os fisioterapeutas"	140
Figura 4.47 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os sindicatos representam todos os fisioterapeutas"	141
Figura 4.48 — Gráfico de barras das respostas ao item "Deve existir um «Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias da Saúde» com estatuto de utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados"	142
Figura 4.49 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas devem ser representados por sindicatos próprios"	143
Figura 4.50 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a dispersão referentes ao exercício.....	145
Figura 4.51 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a dispersão referentes ao ensino.....	145
Figura 4.52 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a discordância	147
Figura 4.53 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a concordância forte	149
Figura 4.54 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a concordância moderada	151
Figura 4.55 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância forte nos fisioterapeutas que exercem funções docentes	154
Figura 4.56 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para uma concordância forte nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes	155

Índice dos quadros

Quadro 1.1: Aspectos relevantes dos três grupos de profissionais do âmbito da Fisioterapia (2ª etapa).....	11
Quadro 4.1: Caracterização das distribuições das idades e dos sexos nas instituições de saúde	85
Quadro 4.2: Caracterização das distribuições das idades e dos sexos na ESTeS.....	85
Quadro 4.3: Formação académica dos fisioterapeutas.....	86
Quadro 4.4: Ano em que concluíram o curso de Fisioterapia	87
Quadro 4.5: Escola ou Instituição em que se diplomaram.....	87
Quadro 4.6: Número de fisioterapeutas que concluiu o CCEA	88
Quadro 4.7: Escola onde obtiveram o diploma do CCEA	88
Quadro 4.8: Número de fisioterapeutas que frequenta actualmente um Curso de Estudos Superiores Especializado (CESE) ou um Mestrado	88
Quadro 4.9: Estabelecimento de ensino superior onde frequenta o CESE ou o Mestrado	89
Quadro 4.10: Situação profissional na instituição de saúde.....	89
Quadro 4.11: Categoria Profissional na Carreira de Diagnóstico e Terapêutica.....	90
Quadro 4.12: Vínculo à Instituição de Saúde onde é Fisioterapeuta.....	90
Quadro 4.13: Categoria na carreira docente do ensino superior politécnico	91
Quadro 4.14: Regime na carreira docente do ensino superior politécnico.....	91
Quadro 4.15: Vínculo com a ESTeS	92
Quadro 4.16: Funções docentes que desenvolvem na ESTeS.....	92
Quadro 4.17: Número de sócios da APF	93
Quadro 4.18: Número de pertencentes a algum grupo de interesse da APF.....	93
Quadro 4.19: Número dos que desenvolvem algum cargo nos órgãos de gestão da APF	93
Quadro 4.20: Número de sindicalizados	94
Quadro 4.21: Membros dos órgãos de gestão do seu sindicato	94
Quadro 4.22: Membros de alguma associação internacional no âmbito da Fisioterapia.....	94
Quadro 4.23: Membros de alguma associação nacional ou internacional no âmbito técnico ou científico	95
Quadro 4.24: Tipo de formação contínua frequentada.....	95
Quadro 4.25: Duração da formação	96
Quadro 4.26: Consideração face ao projecto profissional como fisioterapeuta.....	96
Quadro 4.27: Respostas ao item <i>A titularidade de curso reconhecido nos termos legais</i>	97
Quadro 4.28: Respostas ao item <i>A titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos ministros da educação e da saúde</i>	98

Quadro 4.29: Respostas ao item <i>A titularidade de carteira profissional ou um título equivalente validado por entidade pública</i>	99
Quadro 4.30: Respostas ao item: <i>Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão</i>	100
Quadro 4.31: Respostas ao item: <i>Os trabalhadores autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão</i>	101
Quadro 4.32: Respostas ao item: <i>Os trabalhadores subordinados e autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão</i>	102
Quadro 4.33: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde sendo a sua intervenção feita sob prescrição do respectivo elemento médico</i>	103
Quadro 4.34: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos</i>	104
Quadro 4.35: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção</i>	105
Quadro 4.36: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa</i>	106
Quadro 4.37: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos, pessoais e sociais dos doentes</i>	107
Quadro 4.38: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas</i>	108
Quadro 4.39: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado consoante a sua incapacidade ou deficiência</i>	109
Quadro 4.40: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos</i>	110
Quadro 4.41: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão</i>	111
Quadro 4.42: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento</i>	112
Quadro 4.43: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas</i>	113
Quadro 4.44: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta utiliza electroterapia</i>	114
Quadro 4.45: Respostas ao item: <i>O fisioterapeuta utiliza hidroterapia</i>	115
Quadro 4.46: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas de 1ª classe enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão</i>	116

Quadro 4.47: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas principais enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão</i>	117
Quadro 4.48: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas de 1ª classe colaboram como monitores nos cursos de formação</i>	118
Quadro 4.49: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas principais colaboram como monitores nos cursos de formação</i>	119
Quadro 4.50: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas habilitados com o CCEA exercem funções de professor nas escolas onde se lecciona Fisioterapia</i>	120
Quadro 4.51: Respostas ao item: <i>O acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante concurso com provas públicas</i>	121
Quadro 4.52: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de diagnóstico e terapêutica na administração pública</i>	122
Quadro 4.53: Respostas ao item: <i>As ESTeS são dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira</i>	123
Quadro 4.54: Respostas ao item: <i>O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob a tutela dos ministérios da educação e da saúde</i>	124
Quadro 4.55: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação</i>	125
Quadro 4.56: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação</i>	126
Quadro 4.57: Respostas ao item: <i>Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto da carreira docente do ensino superior politécnico</i>	127
Quadro 4.58: Respostas ao item: <i>O curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS</i>	128
Quadro 4.59: Respostas ao item: <i>A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração</i>	129
Quadro 4.60: Respostas ao item: <i>A ESTeS deverá leccionar CESEs</i>	130
Quadro 4.61: Respostas ao item: <i>Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia»</i>	131
Quadro 4.62: Respostas ao item: <i>A ESTeS-Lx deverá continuar a leccionar o CESE em ensino e administração</i>	132
Quadro 4.63: Respostas ao item: <i>A ESTeS-Lx deve atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração</i>	133
Quadro 4.64: Respostas ao item: <i>Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista</i>	134
Quadro 4.65: Respostas ao item: <i>Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde</i>	135

Quadro 4.66: Respostas ao item: <i>Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo</i>	136
Quadro 4.67: Respostas ao item: <i>A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia</i>	137
Quadro 4.68: Respostas ao item: <i>Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia</i>	138
Quadro 4.69: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas estão representados nos conselhos de administração das instituições de saúde</i>	139
Quadro 4.70: Respostas ao item: <i>A APF é representativa de todos os fisioterapeutas</i>	140
Quadro 4.71: Respostas ao item: <i>Os sindicatos representam todos os fisioterapeutas</i>	141
Quadro 4.72: Respostas ao item: <i>Deve existir um «Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias da Saúde» com estatuto de utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados</i>	142
Quadro 4.73: Respostas ao item: <i>Os fisioterapeutas devem ser representados por sindicatos próprios</i>	143
Quadro 4.74: Percentagens dos itens com tendência para a dispersão	145
Quadro 4.75: Itens com tendência para a discordância	147
Quadro 4.76: Itens com tendência para a concordância forte	149
Quadro 4.77: Itens com tendência para a concordância moderada	151
Quadro 4.78: Itens com tendência para uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância forte nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.....	153
Quadro 4.79: Itens com tendência para uma concordância forte nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.....	155
Quadro 4.80: Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta	157
Quadro 4.81: Regulamentação da profissão de fisioterapeuta	158
Quadro 4.82: Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na Administração Pública.....	159
Quadro 4.83: Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública.....	161
Quadro 4.84: Competências actuais dos fisioterapeutas na administração pública	163
Quadro 4.85: Integração no ensino superior	165
Quadro 4.86: Formação pós-graduada na ESTeS de Lisboa	167
Quadro 4.87: Criação de cursos de Fisioterapia.....	169
Quadro 4.88: Organizações representativas dos fisioterapeutas	171
Quadro 4.89: Atitudes com tendência para concordância	179
Quadro 4.90: Atitudes com tendência para a discordância	181
Quadro 4.91: Atitudes com tendência para a dispersão	184

Introdução

Os fisioterapeutas são um grupo de profissionais que apesar das suas práticas serem ancestrais iniciaram o seu processo de profissionalização, sobretudo, no século XX.

A sua identidade profissional evoluiu ao longo deste século, vindo a assumir características diferentes de acordo com o país onde se desenvolve e a sua história e organização social. No entanto, é actualmente inegável o seu contributo na prestação de cuidados de saúde através de melhoria da qualidade de vida das populações em termos biopsicosociais.

A história da Fisioterapia, enquanto área científica e área profissional, e o próprio desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas, é uma área de estudo muito pouco explorada em Portugal. Assim, o nosso trabalho tem como finalidade contribuir para a identificação das atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino da Fisioterapia.

Os contextos históricos, políticos e sociais, influenciam directamente o exercício e o ensino da Fisioterapia, mas a forma como cada fisioterapeuta percebe a realidade tem, igualmente, uma importância significativa nas atitudes que o mesmo exprime face a objectos atitudinais acima referidos.

A ausência de estudos realizados no âmbito das atitudes dos fisioterapeutas e de bibliografia sobre a evolução da Fisioterapia em Portugal implicou a realização de uma pesquisa sobre os diplomas legais que suportam a evolução da Fisioterapia no nosso país.

O presente trabalho tem como objectivos o estudo das atitudes dos fisioterapeutas face ao ensino e ao exercício em algumas instituições de saúde da área da grande Lisboa e numa Escola Superior de Tecnologia de Saúde (ESTeS) e quais as atitudes que são comparáveis entre os fisioterapeutas que exercem exclusivamente nas instituições de saúde e os que desenvolvem actividades docentes, tomando como referência o actual quadro legal que regulamenta a Fisioterapia no ensino e no exercício.

A nossa dissertação é constituída por duas partes, sendo cada uma formada por dois capítulos. Na primeira parte, abordamos a caracterização da Fisioterapia a nível nacional e internacional. A segunda parte centra-se na revisão da literatura sobre atitudes e no trabalho de campo.

O primeiro capítulo é dedicado sobretudo à caracterização actual da Fisioterapia em Portugal e à retrospectiva histórica da mesma. Neste âmbito, organizámos a nossa pesquisa dos acontecimentos mais relevantes em matéria de ensino e exercício, o que nos levou à organização por etapas, para facilitar a compreensão da sua evolução.

No segundo capítulo, caracterizámos a Fisioterapia a nível internacional, apresentando as organizações internacionais que, actualmente, representam a profissão e o ensino ministrado pelas referidas organizações.

O terceiro capítulo, refere-se à revisão da literatura sobre as atitudes, na qual abordámos aspectos ligados ao próprio conceito de atitudes e à retrospectiva histórica desse conceito, e ainda a outros conceitos ligados com as atitudes, como a avaliação, a formação, funções componentes e mudança de atitudes.

No quarto capítulo, desenvolvemos o estudo sobre as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área geográfica da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo. Com essa finalidade, construímos um questionário e uma escala de atitudes, e solicitámos aos fisioterapeutas de algumas instituições de saúde e de uma ESTeS da área da ARS de Lisboa e Vale do Tejo que integrassem a nossa amostra. A escala de atitudes foi elaborada com base nos diplomas legais que regulamentam quer o exercício em termos de administração pública, quer o ensino. Nos resultados obtidos foi possível identificar tendências relativamente às áreas temáticas da escala. Em termos estruturais, o capítulo é composto pela metodologia do próprio estudo, apresentação, discussão e interpretação dos resultados.

A finalizar, apresentámos as nossas conclusões e formulámos algumas recomendações que nos parecem compatíveis com os desafios actuais que tanto o exercício como o ensino da Fisioterapia enfrentam.

Este estudo foi bastante importante para nós, porque nos permitiu pesquisar, reflectir e sistematizar muita informação sobre os fisioterapeutas e a Fisioterapia, quer em termos retrospectivos, quer sobre a actualidade.

O estudo assume-se como pioneiro nesta temática. Assim, na ausência de outras referências relativamente às atitudes dos fisioterapeutas, ficámos com a convicção que muitos aspectos poderão vir a ser aprofundados, constituindo a abordagem ora realizada uma base para futuros estudos e uma plataforma para análise crítica e construtiva na comunidade científica em geral e no seio dos fisioterapeutas em particular.

Desejamos ainda que este estudo contribua para melhorar a imagem social da Fisioterapia e consciencialize os fisioterapeutas da sua própria realidade em termos de exercício e de ensino.

2. A Fisioterapia a nível internacional

2.1. Retrospectiva histórica da Fisioterapia a nível internacional

De acordo com Williams (1986) citado por Lopes (1994), o termo “Physiotherapy” é referenciado pela primeira vez em 15 de Julho de 1905, no *British Medical Journal*, no qual era divulgado o 1º Congresso Internacional de Fisioterapia que viria a decorrer em Liège de 13 a 15 de Agosto de 1905, onde aparece a seguinte definição:

«Physiotherapy was described there as involving the treatment of chronic disorders not helped by drugs, and including hydrotherapy, light, movement, electrical therapy, X Rays and Massage».

No contexto dos EUA Granger (1976) citado por Lopes (1994), é de opinião que “a Fisioterapia tem sido praticada desde o começo do mundo, apesar de ter nascido na I Guerra Mundial”, destacando-se meios terapêuticos como a massagem, o exercício e a hidroterapia os quais se confundem com o aparecimento e desenvolvimento do próprio Homem. Este autor americano considera que o “Surgeon General” do exército dos EUA foi responsável pela primeira definição de Fisioterapia em 1917 no seu país. Assim, o Major General William Gargas, ao proceder à reorganização dos serviços de saúde militares na I Guerra Mundial, referiu-se à Fisioterapia do seguinte modo: «Physical measures such as are employed under physiotherapy, including hydro, electro, mechanotherapy, active exercises, indoor and outdoor games, and passive exercises in the form of massage». Para Granger (1976) (citado por Lopes, 1994) a “Modern Physiotherapy” inicia-se após a definição referida anteriormente, uma vez que reúne e integra várias modalidades terapêuticas que até então tinham sido aplicadas e divulgadas isoladamente umas das outras pelos seus mentores.

Importa assim referir que os meios terapêuticos (incluindo os físicos e naturais) e os contextos onde a Fisioterapia se desenvolve têm sido utilizados por indivíduos cujo título profissional e estatuto tem sido alterado consecutivamente no decurso do tempo (McCoy 1987) (citado por Lopes, 1994). Assim na opinião de Lopes (1994) «a evolução do interesse da profissão médica por estes meios de tratamento, conduziu a sua lenta e progressiva apropriação e conseqüente incorporação no elenco das modalidades de intervenção terapêutica e assim a uma maior aplicação nos vários campos da medicina».

A título de exemplo e segundo Mason (1992) (citado por Lopes, 1994) na segunda

metade do século dezanove, verificou-se um recrudescimento do interesse nos remédios naturais como, por exemplo, no “exercício físico e na massagem”. Assim ao tempo, a cura pelo Movimento de Ling ganhava adeptos na Europa, enquanto na Alemanha os métodos de Von Mosengeil e Johann Metger eram utilizados com frequência e, simultaneamente, na América a cura pelo Repouso de Silas Weir Mitchell, era muito usada. Muitos médicos e cirurgiões de renome de entre os quais se destacam Charcot, Volkmann, Esmarch e Biltrot, consideravam os benefícios da massagem relevantes, relativamente a muitas afecções clínicas. Por esta via muitos dos profissionais que possuíam habilitações específicas nestas metodologias de intervenção, foram integrados nos serviços de saúde, desenvolvidas as suas abordagens terapêuticas nos doentes, verificando-se uma cooperação com a profissão médica e criando, em simultâneo, uma identidade própria no âmbito das profissões que prestam cuidados de saúde.

Ao analisar o desenvolvimento e inserção, da Fisioterapia como profissão nos diferentes países foi possível encontrar como denominador comum uma relação de dependência relativamente à profissão médica. Assim, sobre este assunto destaca-se Roberts (1994) (citado por Lopes, 1994) ao considerar que esse foi o preço do reconhecimento profissional, já que, ao tempo, outra estratégia de afirmação profissional poderia constituir uma ameaça para a preponderância da profissão médica sobre todas as outras ao nível dos cuidados de saúde.

Os profissionais que desenvolviam actividades terapêuticas, no âmbito da Fisioterapia, faziam-no com médicos ligados a especialidades diferentes mas que, valorizavam as modalidades terapêuticas utilizadas na intervenção dos mesmos. Licht (1958) (citado por Lopes, 1994) considerou que “No início do século vinte os [médicos] especialistas em terapia física (*physical therapy*) estavam primariamente envolvidos com a electroterapia, enquanto os exercícios terapêuticos eram do domínio dos ortopedistas, dos neurologistas e dos médicos que trabalhavam nas termas. Não foi se não com a Guerra Mundial que o exercício se tornou uma parte importante da medicina física (*physical medicine*)”.

Assim, profissionais (não médicos) desenvolvendo as suas competências em serviços de saúde de natureza estatal, em áreas como exercícios terapêuticos, massagens, electroterapia e hidroterapia, tendo como formação inicial e designações diferentes, foram de forma progressiva assumindo a designação de fisioterapeutas, sendo ainda hoje identificados como tal na Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1968), passando a constituir a sua área de intervenção profissional a “Fisioterapia” (Lopes, 1994).

Paralelamente verificou-se o processo de especialização dos médicos, o que em alguns países, conduziu a uma especialidade médica “Medicina Física e Reabilitação” (Fisiatria). Esta tem as suas raízes mais profundas ligadas aos agentes físicos e naturais, à electroterapia e Raios X. A área de especialidade médica a que nos referimos equivale assim a uma área de intervenção pós-graduada da medicina e a uma especialidade médica a que corresponde um profissional médico.

Com o desenvolvimento da Fisioterapia como profissão e da Medicina Física e Reabilitação como especialidade médica (e usufruindo desse estatuto quando necessário) têm-se assistido a relativas sobreposições das áreas de intervenção e de estudo, provocando os conflitos normais em tais situações. A maioria dos países tem resolvido estes problemas à luz de políticas de saúde em que o doente/utente/cliente aparece em primeiro lugar, bem como os seus direitos enquanto cidadão que paga impostos, em detrimento dos interesses cooperativos e económicos deste ou daquele grupo profissional. A título de exemplo, na UE não existe esta especialidade no Reino Unido, na Irlanda e Alemanha (D.L. nº 35/92 de 14 de Março) (Lopes, 1994), e noutros países em que coexistem fisioterapeutas e especialistas em Medicina Física e Reabilitação, tal não significa que os primeiros dependam exclusivamente dos segundos (SLCP, 1987).

Na opinião de autores como Taylor e Domholdt (1991) e Jones (1990) (citados por Lopes, 1994) a tendência verificada é a de que o fisioterapeuta seja um profissional de primeiro contacto dos doentes/utentes/clientes no sistema de saúde, o que vem realçar a sua função social enquanto profissão e tendo em conta que a origem da mesma tem como base as formas de divisão do trabalho na sociedade (Paatero, 1982) (citado por Lopes, 1994).

A Fisioterapia enquanto profissão e os fisioterapeutas como profissionais actualmente constituem recursos humanos que, em qualquer sistema de saúde, devem estar ao serviço dos doentes/utentes/clientes em primeiro lugar por imperativos éticos, deontológicos e económicos. Sendo que a natureza da organização dos sistemas de saúde, constituição das equipas que prestam cuidados de saúde e as relações administrativas entre os vários profissionais devem dar especial importância a este facto, como garante de um sistema de saúde justo e passível de ser economicamente viável e sustentável, como é possível verificar ao analisar os exemplos de países como EUA, Reino Unido, Canadá, Holanda, Suécia, entre outros.

2.2. Definição de Fisioterapia a nível internacional

2.2.1. Considerações prévias

Até ao momento não é conhecida uma definição universal de Fisioterapia, verificando-se que existem dificuldades em caracterizar a Fisioterapia como disciplina científica e como profissão nos vários continentes e respectivos países. Na opinião de Lopes (1994) podem considerar-se três ordens de razões para as particularidades de cada país: de natureza socio-histórica, de natureza epistemológica e de natureza socio-organizacional.

2.2.2. Razões de natureza socio-histórica que contribuem para a definição de Fisioterapia a nível internacional

Estas centram-se nas procedências históricas que são próprias do grupo de profissionais, assim como no contexto, nas referências e nas tendências de desenvolvimento que o próprio grupo valorizou ao longo de seu desenvolvimento intergruppal.

As designações que as profissões assumem nos diferentes países podem servir como exemplo concreto das razões de natureza sócio-histórica do que se passa na Europa nessa matéria.

Viel (1982) (citado por Lopes, 1994) ao analisar as designações para a profissão identificou quatro prefixos que aparecem em associação com o sufixo “*Therapeuin*” (Terapia):

1. “*Phusis*” de origem grega, cujo significado é a natureza e que deu origem à expressão fisio (*Physio*);
2. “*Gumnus*” de origem grega, cujo significado é nu, deu origem à palavra ginástica (*Ginnastic*);
3. “*Kinesis*”, de origem grega, cujo significado é movimento; e
4. “*Mass*” de origem árabe, cujo significado é tocar, palpar, deu origem à palavra massagem.

Assim segundo o autor atrás referido «Os anglófonos pensam neles próprios como “*physios*”, pessoas que tratam por meios naturais, os germânicos e suecos estão mais inclinados a conceberem-se a si próprios com o “*Specialisar gymmasts*”; e os francófonos retiveram uma maior ligação à massagem e aos tratamentos pelo movimento» e têm em comum o facto de serem um grupo profissional constituído por “pessoas que tratam usando as mãos, movimento e energias naturais” (Viel, 1982) (citado por Lopes, 1994).

A designação de uma profissão do ponto de vista sócio histórico assume ainda uma importância determinante porque é a forma como os profissionais se apresentam à sociedade e

a forma como a mesma os reconhece atribuindo-lhe um determinado valor e reconhecimento social, o qual está directamente ligado às referências dos profissionais em termos históricos e culturais e às tendências de desenvolvimento da mesma profissão.

Os aspectos atrás referidos constituem algumas das dificuldades para a obtenção de uma definição única de Fisioterapia, o que não tem impedido o intercâmbio técnico e científico e até a livre circulação de profissionais.

2.2.3. Razões de natureza epistemológica que contribuem para a definição de Fisioterapia a nível internacional

As razões de natureza epistemológica, estão relacionadas com os saberes próprios da Fisioterapia, os paradigmas, os modelos de intervenção e o reconhecimento de identidade como área científica (Lopes, 1994) mantendo no entanto a dimensão da arte aliada à tecnologia. O que pode ser equacionado da seguinte forma: “Onde é que a tecnologia própria da Fisioterapia encontra a arte?”

Em nossa opinião, a Fisioterapia assenta nas relações interpessoais, e para além de actualmente buscar uma teoria própria, já possui uma tecnologia própria, a qual é naturalmente muito mais ampla do que a soma das suas próprias tecnologias, sobretudo quando se considera a definição de tecnologia sob a perspectiva actual: “Conjunto dos instrumentos, métodos e processos específicos de qualquer, arte, ofício ou técnica ou conjunto de termos técnicos próprios de uma arte ou ciência” (Almeida Costa e Sampaio e Melo, 1998).

De acordo com Wagstaff (1988) (citado por Lopes, 1994) o facto de não existir acordo sobre a definição de Fisioterapia está directamente relacionado com a dificuldade de isolar a Fisioterapia como ciência, já que a mesma tem ligações muito profundas com as ciências naturais e exactas, com as ciências sociais e humanas e com as ciências da saúde e ainda uma componente tecnológica na qual a dimensão da arte está sempre presente, conferindo às diferentes modalidades terapêuticas de intervenção um cariz holístico, mas que tem bases científicas muito sólidas, o que aliás é um dos grandes desafios na investigação em Fisioterapia. Assim, na busca de uma filosofia da Fisioterapia, Pratt (1989) (citado por Lopes, 1994) considerou que a prática clínica tem como suportes: o conhecimento científico, o modelo médico de saúde e doença, a visão holística do Homem e o empirismo da intervenção fisioterapêutica.

Face às atitudes atrás referidas relativamente à prática clínica da Fisioterapia, as quais produzem naturalmente alguns conflitos, não é conhecida uma Teoria da Fisioterapia com

carácter unificador, identificador no plano internacional, no entanto tal facto não tem impedido os múltiplos avanços do próprio conceito de Fisioterapia e das modalidades de intervenção fisioterapêutica, sendo, em nossa opinião, este o motor para o aperfeiçoamento da profissão e da área científica ou seja a procura sistemática da tecnologia da Fisioterapia e do próprio conceito que podem, inclusivamente, pelo contrário, funcionar como um factor de desenvolvimento e não de acomodação, profissional e científico. No entanto, o desenvolvimento sustentado da teoria da Fisioterapia, do próprio conceito e das modalidades de intervenção fisioterapêutica têm que ser baseadas em conhecimentos científicos validados fruto de uma atitude reflectida que implique cada vez mais investigação. Na opinião de McCoy, (1991) (citada por Lopes, 1994) e relativamente à realidade do Reino Unido “como fisioterapeutas nós somos muito bons a desenvolver teorias de tratamento e a aplicá-las, mas falhamos na avaliação e documentação do resultado da nossa intervenção”. Não fazendo uma transposição directa da realidade britânica para a portuguesa, e porque não existem estudos sobre este tema, acreditamos que em Portugal a situação apresentará tendencialmente semelhanças.

No entanto, a integração da Educação em Fisioterapia ao nível pré-graduado (curso de base) e pós-graduado (especializações, mestrados e doutoramentos) nos sistemas educativos de cada vez maior número de países na Europa e no resto do mundo, implica a aprendizagem de metodologias de investigação, o que tem potenciado uma atitude mais centrada na investigação das suas próprias práticas por parte dos fisioterapeutas, não se podendo ainda afirmar que há uma cultura de investigação no seio da profissão, opinião que é igualmente partilhada por vários autores (McCoy 1987, 1991; Helders, 1993; Piper, 1991) (citados por Lopes, 1994).

Na opinião de Helders (1993) (citado por Lopes, 1994) o desenvolvimento da Fisioterapia depende da habilidade dos fisioterapeutas construírem uma teoria própria, a qual se deve centrar no aperfeiçoamento de modalidades de intervenção fisioterapêuticas, específicas dirigidas a aspectos biomecânicos, neurofisiológicos e sensoriomotores entre outros, os quais implicam estratégias de diagnóstico próprias da Fisioterapia, sendo que a dimensão sistémica e global podem ser diminuídas ou perdidas. Este autor vem mais uma vez reforçar a ideia de que apesar da intervenção do fisioterapeuta ter como base fundamentos científicos, o futuro da Fisioterapia do ponto de vista científico depende da capacidade dos profissionais desenvolverem a sua própria teoria.

A construção de paradigmas do conhecimento próprios é uma questão central e que assume um carácter universal o qual tem preocupado os fisioterapeutas nos últimos anos

(Tyni-Lenné, 1991; Charman, 1990; Williams, 1986; Hislop, 1975) (citados por Lopes, 1994), constituindo-se assim uma via para contornar a dominância de outros modelos de referência como por exemplo o “modelo médico” (Miles-Tapping, 1985) (citado por Lopes, 1994). No entanto, Roberts (1994) (citado por Lopes, 1994) refere que as abordagens feitas na aproximação a outros modelos como o “social” e “holístico”, não funcionaram como alternativas credíveis, o que, promove a importância da profissão é continuar a criar não só o seu próprio modelo de intervenção como os seus paradigmas. Neste contexto é importante destacar dois aspectos:

1. É através das mãos do fisioterapeuta que se orienta toda a intervenção fisioterapêutica em relação directa com o próprio corpo do fisioterapeuta e com o corpo do doente/utente/cliente funcionando nos dois sentidos na plenitude das suas capacidades biopsicosociais e permitindo assim o contacto e estabelecendo uma relação, a qual funciona de forma determinante para o sucesso da intervenção fisioterapêutica.
2. A relação entre o fisioterapeuta e o doente/utente/cliente assenta na cooperação? E ajuda? No entanto a mesma pode ter durações temporais diferentes sendo de capital importância a gestão cronológica dessa relação.

Onde é que a tecnologia da própria modalidade de intervenção fisioterapeuta encontra a arte? É sem dúvida um dos paradigmas da Fisioterapia e as mãos do fisioterapeuta são em simultâneo um instrumento de analogia à dimensão humana e a expressão máxima da motricidade humana. Peat (1981) (citado por Lopes, 1994) num artigo cujo título é “*Physiotherapy: art or science?*” considera que, a arte funciona como uma componente vital e necessária nas profissões de saúde, pelo que deve ser reconhecido, aceite e utilizado pelos fisioterapeutas.

As dificuldades para encontrar uma definição com carácter universal podem ser traduzidas em duas tendências na forma como se equaciona a profissão e o seu desenvolvimento:

1. Os modelos científicos, portadores de superficialidade e que fragmentam a totalidade que constitui o ser humano (Mason, 1985).
2. O valor das abordagens holísticas no seguimento da tradição Xamânica (Mason, 1985) (citado por Lopes em 1994). Tendo em conta, os rituais onde, pode ter origem a natureza íntima da relação entre o fisioterapeuta e o doente/utente/cliente (Viel, 1982) (citado por Lopes, 1994).

2.2.4. Razões de natureza sócio-organizacional que contribuem para a definição da Fisioterapia a nível internacional

As razões de natureza sócio-organizacional referem-se aos níveis de desenvolvimento e organização profissional como, por exemplo, o grau de autonomia e/ou liberdade face aos modelos dominantes no âmbito das profissões de saúde nas suas organizações e no exercício profissional em termos administrativos e na gestão dos recursos, ou seja prende-se às concepções de organização dos sistemas de saúde em geral e de prestação de cuidados de saúde em particular, bem como ao papel que cada fisioterapeuta desempenha nas equipas onde se insere. Consoante os países e os períodos temporais, a autonomia da prática clínica e administrativa dos fisioterapeutas tem variado entre um estatuto profissional dependente, e o paralelismo com outras profissões de saúde nomeadamente a profissão médica, chegando a ser o elemento de primeiro contacto com os doentes/utentes/clientes em alguns sistemas de saúde (Lopes, 1994).

Para ultrapassar esta dicotomia na definição de Fisioterapia, tem-se verificado a tendência para descrever o que faz o fisioterapeuta, os contextos em que intervém, numa abordagem centrada nos processos de licença da prática da Fisioterapia, não especificando os limites de um quadro de referência que sustente a mesma e torne claro a especificidade do pensamento profissional que constitui a prática da Fisioterapia (Paatero, 1982) (citado por Lopes 1994). O que tem conduzido a várias facetas da mesma realidade, correndo-se o risco de transformar a Fisioterapia num somatório de processos de intervenção e tecnologias (Lopes, 1994).

Do ponto de vista das razões de natureza socio-organizacional existem vários aspectos que indicam e sugerem vir a ser difícil a concordância sobre uma única definição de Fisioterapia que concilie os interesses da mobilidade do perfil profissional (List, 1985) (citado por Lopes, 1994), dos quais se destacam: a diversidade do enquadramento profissional no contexto das profissões de saúde nos múltiplos sistemas de saúde de cada país, e a multiplicidade de situações que requerem o recurso a uma definição de Fisioterapia.

2.3. Organizações internacionais que actualmente representam a Fisioterapia

2.3.1. Considerações prévias

O nosso estudo centra-se nas atitudes dos fisioterapeutas do exercício e do ensino da área de Lisboa e vale do Tejo; assim, consideramos pertinente apresentar embora de forma sucinta, os organismos que actualmente representam a Fisioterapia a nível internacional como forma de enquadrar as perspectivas de desenvolvimento e a imagem da profissão a nível internacional.

Nesta profissão verifica-se uma tradição que remonta ao século passado na criação de associações profissionais, por exemplo: na Holanda e no Reino Unido. No entanto, foi após a segunda guerra mundial que a tendência de criação de organizações internacionais teve maior expressão (Lopes, 1994).

2.3.2. World Confederation for Physical Therapy (WCPT)

A organização internacional que actualmente tem maior representatividade e, consequentemente, maior prestígio é a Confederação Mundial de Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy — WCPT). Esta nasceu em 1951 e é constituída por 54 membros oriundos dos vários continentes. O critério de adesão a esta confederação são muito restritos, podendo apenas por cada país uma associação representar o mesmo e a selecção daquela é feita em função da sua representatividade. Importa ainda salientar que a WCPT é uma associação constituída exclusivamente por fisioterapeutas e que tem um código deontológico próprio.

Esta macroestrutura é constituída por um Comité Executivo do qual fazem parte os delegados dos vários continentes e por um secretariado, com sede em Londres. A WCPT organiza de quatro em quatro anos um Congresso Mundial de Fisioterapia, realizando-se nesse contexto, a sua Assembleia Geral.

A WCPT é constituída por órgãos regionais e por continentes, respondendo a razões operacionais e porque existem níveis diferentes de desenvolvimento da profissão em cada região, o que implica estratégias e políticas adaptadas às mesmas. Assim a WCPT Europa congrega os delegados dos países da Europa na qual actualmente Portugal é representado pela APF.

A WCPT tem por finalidade elaborar e divulgar directivas gerais de desenvolvimento

da profissão e simultaneamente tem sido porta voz da Fisioterapia uma vez que colabora com outras organizações internacionais, das quais se destaca a Organização Mundial de Saúde.

2.3.3. Comité Permanent de Liaison des Kinésithérapeutes dans l'Union Européenne (CPLKUE)

2.3.3.1. Caracterização do CPLKUE

O CPLKUE é uma organização constituída pelas Associações Profissionais mais representativas de cada país que constitui a UE. Foi fundada a partir de associações que faziam parte da WCPT porque a sua finalidade era representar os fisioterapeutas neste contexto social, económico e político. Tinha como objectivo inicial a criação de uma directiva específica para a Fisioterapia, com vista à regulação da formação e à livre circulação dos fisioterapeutas, assegurando assim os melhores padrões possíveis de qualidade, tal como os médicos, os enfermeiros e farmacêuticos por exemplo (Lopes, 1994).

O Comité de Ligação apresentou na década de oitenta, um projecto de directiva às autoridades competentes em Bruxelas mas, as alterações na política comunitária relativamente a directivas específicas, passaram a directivas “horizontais” (Directiva 49/88) determinando a não aceitação do projecto inicial (Lopes, 1994).

Este Comité tem entretanto desenvolvido estudos que permitiram organizar a informação sobre a profissão nos estados membros, o que actualmente permite caracterizar a Fisioterapia com mais precisão e definir políticas gerais sobre a formação e o exercício profissional. Esta organização tem ainda sido muito importante no processo da livre circulação dos profissionais através do diálogo com as autoridades competentes de cada país e da promoção da aproximação entre os fisioterapeutas dos vários países!

A APF integrou, como membro observador, o Comité de Ligação em 1977 e a partir de 1986 passou a membro de pleno direito com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE).

Actualmente os principais objectivos do Comité de Ligação são os de promover nos estados membros da UE (CPLKUE, 1997):

- “a livre circulação e o direito ao exercício da profissão de Fisioterapia em todos os países na UE;
- coordenar as regras que regem o exercício da profissão;
- reconhecimento mútuo das qualificações em Fisioterapia;

- a harmonização da legislação profissional que se aplica aos fisioterapeutas;
- estudar todos os assuntos que são tratados nas directivas da UE, nos regulamentos, projectos e outras decisões ou proposições que possam vir a afectar os fisioterapeutas e informar as autoridades competentes; e
- promover a ligação e a discussão com os outros comités de ligação da UE representantes de outras profissões, que partilhem de interesses comuns com os fisioterapeutas”.

Os progressos em direcção de uma unificação da profissão de fisioterapeuta na UE não tem sido rápida nem fácil, embora as organizações profissionais, em cada país, gastem muito tempo, esforço e paciência para identificar e compreender a diversidade dos problemas dos diferentes sistemas de saúde; dos sistemas de educação inicial e pré-graduada e a grande variedade dos campos de actividade profissional (Haase, 1996).

No início, o interesse pelas questões da UE no seio das associações profissionais era mínimo mas, com o correr dos anos, este interesse foi-se desenvolvendo quando as associações tomaram consciência da importância da cooperação internacional e da influência da UE em questões importantes como a livre circulação, a harmonização da educação e da saúde (Haase, 1996).

Depois de se ter organizado e estruturado o funcionamento do Comité de Ligação, o mesmo definiu uma política comum sobre a educação e as actividades profissionais e tem vindo a desenvolver todos os esforços para a realizar e, com o mesmo fim, tem ainda tentado influenciar as instituições que formulam as políticas e as que tomam decisões de cada um dos países da UE (Haase, 1996).

Para assegurar o desenvolvimento da profissão e da educação, é importante que o Comité de Ligação tire partido das aberturas que se lhe apresentam para influenciar e participar activamente tanto a nível nacional como ao nível da UE (Haase, 1996).

2.3.3.2. Posição actual do Comité de Ligação sobre a Educação em Fisioterapia

Do relatório do Comité de Ligação sobre educação em Fisioterapia na UE as principais orientações são (adoptado pela Assembleia Geral do Comité em Setembro de 1990 e citado no Resumo das Declarações Políticas do Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas na UE):

- facilitar a livre circulação dos fisioterapeutas na UE, devendo cada associação profissional seguir esta política no momento das suas negociações com as

- autoridades nacionais competentes e responsáveis pela aplicação das directivas europeias;
- dar resposta ao desenvolvimento da profissão. O Comité considera que os programas de educação em Fisioterapia devem ter a duração de quatro anos e ter as seguintes características:
 - a) incorporar nos programas de estudo, a estatística e a metodologia de investigação;
 - b) assegurar uma base de conhecimentos longa, necessária para o desenvolvimento do exercício profissional;
 - c) melhorar a integração dos conhecimentos teóricos e clínicos do programa;
 - d) fornecer uma grande diversidade de experiência clínica;
 - e) organizar os programas para permitir aos estudantes períodos de estudo à sua escolha e mais particularmente realizar estágios em países de estados membros da comunidade Europeia.
 - Encorajar uma grande colaboração entre os professores no sentido de promover a harmonização e integração dos programas para desenvolver os programas de intercâmbio sob a forma de módulos passíveis de validação.
 - Responder às mudanças na sociedade. O CPLKUE enfatiza que o número crescente de programas de formação em Fisioterapia devem dar especial destaque aos cuidados primários e à prevenção. Os programas de educação devem assim desenvolver os elementos teóricos e os estágios de experiência clínica nos locais de trabalho, nas empresas, nas escolas e na comunidade local.
 - Apetrechar os estudantes de uma sólida consciência profissional através do desenvolvimento de capacidades de análise pessoais e de grupo, com vista à realização de uma avaliação objectiva do seu desempenho profissional, da sua eficácia e do desempenho dos serviços de Fisioterapia;
 - O interesse crescente sobre a rentabilidade e a introdução de políticas de saúde centradas na garantia de qualidade implicam que seja necessário que os estudantes de Fisioterapia adquiram capacidades de avaliar a sua rentabilidade.
 - O papel do fisioterapeuta na prevenção primária e secundária deve ser desenvolvida prioritariamente no tratamento dos idosos e dos deficientes mentais (lesões do sistema nervoso central) devido ao número crescente de traumatizados.

- O facto de existir um largo espectro de desenvolvimento nos programas de educação para responder a estas diferentes necessidades, podendo encontrar-se elementos comuns entre os programas, observando igualmente largas variações nos conteúdos dos programas entre escolas do mesmo país e entre os diferentes países da UE. O objectivo não é normalizar os programas, nem impor critérios restritivos às escolas. Essa seria uma reacção negativa aos desenvolvimentos na Fisioterapia e nos seus esforços para responder às necessidades específicas da sociedade.
- Os programas de educação inicial em Fisioterapia devem dar aos estudantes os conhecimentos e as competências necessárias para exercer a profissão sendo necessário reconhecer que a nível diplomado (sendo bacharel ou não) não detêm a competência de um especialista em todos os domínios.
- Os cursos de formação pós-graduada deverão ser organizados em todos os domínios do exercício especializado para melhorar as competências do fisioterapeuta.
- Depois de ter obtido a sua qualificação inicial, os fisioterapeutas deverão ter a possibilidade de continuar a estudar integrados nos níveis académicos superiores para desenvolver as suas competências de análise crítica e de avaliação.
- A formação contínua deve ser consensual e harmoniosa com a educação inicial para permitir ao fisioterapeuta explorar o seu próprio potencial e assim contribuir para a melhoria da saúde do seu doente/utente/cliente.

2.3.3.3. Posição actual do Comité de ligação sobre formação pós-graduada

2.3.3.3.1. Consideração prévia

A exposição que se segue constitui uma citação da resolução adoptada pela Assembleia Geral do CPLKUE em Setembro de 1993, citada em CPLKUE, 1996).

2.3.3.3.2. Valores profissionais, educação e responsabilidade para o desenvolvimento profissional

A par do código de Ética, os fisioterapeutas da UE/EFTA têm o dever de manter em dia os seus conhecimentos e de se actualizar nos campos dos seus conhecimentos e da sua prática em Fisioterapia de forma a garantir a melhoria da qualidade da sua intervenção.

Na UE/EFTA, os programas de formação pós-graduada no exercício deverão ser concebidos como uma progressão relativamente à educação inicial, para que se tire o melhor partido possível da capacidade do fisioterapeuta na contribuição que o mesmo possa vir a ter na prestação de cuidados ao doente/utente/cliente.

Para todos os fisioterapeutas da UE/EFTA o acesso à formação contínua deve ser considerada como um dever e uma obrigação e deve fazer parte integrante do seu local de trabalho. Sendo necessário criar as condições que permitam e facilitem a formação pós-graduada no exercício.

2.3.3.3.3. Objectivos da formação pós-graduada no exercício

O desenvolvimento global do fisioterapeuta enquanto pessoa e profissional, deverá ser tido em conta em todas as modalidades de formação pós-diplomadas no exercício. Os programas europeus deverão integrar uma dimensão cultural e de avaliação crítica e incidir sobre temas ligados à investigação.

A formação pós-graduada no exercício dos fisioterapeutas deverá basear-se na experiência e nos conhecimentos dos fisioterapeutas. O desenvolvimento profissional deve reflectir as necessidades do fisioterapeuta mas deve, igualmente, reconhecer os programas autodidactas.

As actividades de formação pós-diplomada no exercício devem responder às necessidades da sociedade, às necessidades dos doentes/utentes/clientes e às necessidades dos fisioterapeutas e da sua profissão na UE/EFTA. Os programas devem ser flexíveis e utilizar os métodos e recursos diversos e integrar o ensino à distância. Os programas devem ser acessíveis e todos os fisioterapeutas e devem cobrir todos os domínios de interesse profissional.

2.3.3.3.4. Planificação e o papel das Organizações profissionais na formação pós-graduada no exercício

Todos os tipos de formação pós-graduada no exercício deverão ser planificadas e coordenadas por um sistema oficial controlado pela profissão. Na Europa, a profissão deve continuar a ter um papel pertinente em todos os processos de validação/creditação da formação profissional pós-diplomada no exercício.

Na UE/EFTA, é necessário encorajar a cooperação entre os estabelecimentos de Ensino Superior que participam na formação dos fisioterapeutas. É necessário planear os programas comunitários, como por exemplo: o Erasmus. É necessário desenvolver particularmente os programas de mestrado e de doutoramento em Fisioterapia para alargar a base científica da Fisioterapia e estimular a investigação.

É necessário encorajar os grupos de interesse específicos em Fisioterapia a elevar o nível de reconhecimento conferido às formações que eles organizam. É necessário promover as ligações entre os grupos semelhantes das organizações membros do Comité de Ligação.

2.3.3.3.5. Harmonização da formação pós-graduadas no exercício

A formação pós-graduada no exercício, na UE, deverá ser harmonizada, sobretudo quando influenciar directamente o emprego e a livre circulação. O Comité deverá tentar coordenar esses esforços para atingir este objectivo.

2.3.3.3.6. Normas e garantia de qualidade na formação pós-graduada no exercício

É necessário criar normas e critérios de garantias de qualidade na formação pós-graduada no exercício e encorajar o desenvolvimento de um processo comum de acreditação. O ensino do tipo modular deverá ser introduzido na formação pós-graduada profissional para permitir o intercâmbio ao nível europeu.

2.3.3.3.7. Estudos complementares

O Comité deverá continuar os estudos complementares da formação pós-graduada no exercício na UE/EFTA para encorajar o desenvolvimento da dimensão europeia. A formação contínua e a formação superior deverá ser estudada em pormenor.

2.3.3.4. Posição actual do Comité de Ligação sobre o exercício da Fisioterapia na UE

Em Setembro de 1993, na assembleia geral do Comité, foi decidido constituir-se um grupo de trabalho para estudar o exercício da profissão de fisioterapeuta na UE. O Comité considerou que seria importante reunir toda a informação disponível sobre as áreas de intervenção dos fisioterapeutas, sobre a sua organização profissional e os serviços de Fisioterapia nos diferentes países para melhor compreender e definir as funções deste profissional assim como os factores que influenciam e controlam o seu exercício, afim de facilitar a livre circulação no quadro das directivas gerais da UE sobre o reconhecimento das qualificações profissionais (directiva 89/48/CEE).

A Suécia, a Áustria, a Finlândia só vieram a integrar a UE em Janeiro de 1995 e as suas organizações profissionais são actualmente membros do Comité de Ligação; no entanto participaram em pleno neste estudo por acordo interno dos países que constituíam em 1993 o mesmo. Colaboraram na preparação e realização deste trabalho, tendo sido confirmado esse interesse em Birmingham em 1994, do qual resultou inclusivamente o compromisso de vir a publicar um relatório complementar sobre os países que não são membros da UE.

O grupo de trabalho que elaborou o relatório sobre “O Exercício da Fisioterapia na UE” do Comité em 1996 chegou às conclusões a seguir enunciadas.

• **Regulamentação e Estatuto da Profissão**

a) Regulamentação da profissão e protecção do título

No interesse do público e da protecção do consumidor em toda a UE, a regulamentação da profissão, baseada na protecção do título profissional, deve ser generalizada a todos os países da UE. O Estado deve regulamentar e proteger o título profissional no sector privado e público.

b) Regulamentação profissional e protecção da actividade, organização e desenvolvimento profissional

Pelo contrário, se o Estado é responsável pela protecção do título profissional, é a profissão através de sua organização representativa que deve ser responsável pela sua própria regulamentação nos diferentes aspectos campos de actividade, disciplina, promoção, educação, organização e evolução técnica e científica. Estas são as condições prévias para que a profissão possa definir o seu desenvolvimento no quadro europeu.

c) Harmonização da autonomia clínica no quadro das condições do exercício

É de sublinhar que dentro do mesmo país, as prestações dos fisioterapeutas, efectuadas no sector público, não diferem das que são efectuadas no sector privado. Contudo, por razões administrativas, o sector do exercício influencia a autonomia clínica do fisioterapeuta. Recomenda-se assim que a harmonização das condições de exercício se iniciem por uma pormenorização interna e que a autonomia clínica seja independente do sector de actividade e reflecta sobretudo a competência do fisioterapeuta ao assumir a plena responsabilidade do seu exercício.

Para harmonizar as condições do exercício e a autonomia num país, o Comité recomenda e incentiva as suas organizações profissionais membros a discutirem e negociarem as condições de pagamento, financiamento das prestações de Fisioterapia, com o Estado e com os organismos que pagam os cuidados prestados pelos fisioterapeutas.

d) Harmonização dos campos de actividade e categorias de actos

A harmonização da formação inicial e da formação contínua/permanente em Fisioterapia tal como foi recomendado nos relatórios do Comité sobre Formação Inicial (1993) e sobre A Formação Pós-graduada do Exercício (1993), deverá conduzir à harmonização da autonomia clínica dos fisioterapeutas na UE, como condição e assegurando que a mesma reflecta o nível crescente de educação e de responsabilidades profissionais dos fisioterapeutas que trabalham na UE.

É importante salientar que em alguns países da UE os fisioterapeutas já alcançaram a sua plena autonomia clínica. Para permitir a livre circulação destes profissionais da UE e proteger os doentes/utentes/clientes, os fisioterapeutas dos outros países deverão desenvolver as suas competências em termos de diagnóstico, para poderem decidir sobre o seu plano de intervenção, as suas modalidades terapêuticas e para poderem avaliar a sua intervenção. É no entanto necessário que estas competências sejam reconhecidas a nível oficial para atingirem, de facto, uma plena autonomia clínica.

- **Controlo de qualidade**

Com vista a melhorar a protecção do consumidor é necessário que a profissão assuma a iniciativa de desenvolver sistemas próprios de controlo de qualidade.

De acordo com a ética profissional, o fisioterapeuta deve manter em dia os seus conhecimentos e a qualidade da sua prática profissional no interesse dos seus doentes/utentes/clientes. Alguns países aplicaram já sistemas de avaliação de conhecimentos e de prática profissional. Recomenda-se assim que as organizações profissionais membros do CPLKUE organizem este tipo de avaliações e encorajem os profissionais a participar nestes mecanismos de avaliação.

- **Campos de actividade e categorias de actos**

O estudo mostrou que existe um largo tronco comum de campos de actividade e de categorias de actos praticados pelos fisioterapeutas, tanto no quadro da prevenção como no quadro da reeducação. Deve-se, porém, continuar activamente uma política de harmonização e assegurar que os campos de actividade e as categorias de actos estão integradas nas práticas legalmente permitidas em cada país.

De momento verifica-se uma identidade profissional comum na UE, em todos os campos de actividade e para todas as categorias de actos. No entanto considerando que as manipulações articulares (terapias manuais) pertencem ao campo de actividade da Fisioterapia na maior parte dos países da Europa e do mundo, é conveniente obter um reconhecimento oficial dessa actividade em todos os países da Europa, sobretudo porque se sabe que muitos fisioterapeutas desses países onde essa prática não é reconhecida, frequentaram cursos de pós-graduação e utilizam a mesma com eficácia.

Para se obter uma harmonização mais estreita, os professores responsáveis pela educação pré-graduada e os fisioterapeutas do exercício deverão definir os principais actos incluídos em cada categoria e para assegurar uma base científica à profissão, a selecção desses actos deverá ter em conta os resultados das investigações, que

demonstram a sua eficácia e a sua contribuição no tratamento dos doentes/clientes, assim como no desenvolvimento da profissão.

O estabelecimento de uma lista de actividades comum deve ser encarada como um denominador comum mínimo e em caso algum, como uma lista única e definitiva de actividades que podem ser praticadas pelos fisioterapeutas na UE.

A harmonização deve ser considerada como um meio de difusão de experiência adquirida pelos diferentes países e de partilha das experiências profissionais, com vista ao desenvolvimento da profissão e da melhoria dos serviços prestados aos doentes/utentes/clientes ao nível da Europa.

• **Quadro de intervenção**

A contribuição da Fisioterapia no tratamento e na reeducação é reconhecida em todos os países da UE e faz parte integrante dos serviços de saúde em todos os campos de actividades. Os fisioterapeutas, a todos os níveis, devem continuar a contribuir para a melhoria dos serviços aos doentes/utentes/clientes.

A política de saúde do Comité, reflecte alterações prioritárias da UE dando ênfase à promoção da saúde e da prevenção primária. Assim os fisioterapeutas devem continuar a participar nas acções de prevenção e a cooperar com os organismos nacionais e internacionais, responsáveis pela promoção da saúde e pela prevenção.

Esta destina-se a todas as actividades da vida da população: do recém-nascido, aos idosos, aos lares, à escola, aos locais de trabalho e aos locais de lazer. Os fisioterapeutas devem utilizar os seus conhecimentos e as suas competências particularmente em termos de ergonomia, para prevenir os traumatismos e reduzir os acidentes nos locais de trabalho e nos lares. A intervenção dos fisioterapeutas nos locais de trabalho, utilizando toda a gama de possibilidades de intervenção deve generalizar-se a todos os países.

A profissão tem um papel particular a desenvolver na prestação de cuidados relativamente aos desportos e às actividades de lazer, onde os fisioterapeutas devem contribuir para desenvolver programas de prevenção de traumatismos.

• **Domínios de Especialização**

Para assegurar a qualidade das intervenções para a Fisioterapia e estabelecer a profissão em bases científicas, é necessário encorajar a investigação e a avaliação as quais se devem centrar nos conhecimentos e nas práticas profissionais, aprofundadas no domínio do exercício.

A manutenção de um alto nível de exercício profissional permite conservar o exercício da Fisioterapia e os seus campos de actividade bem como a sua integridade.

O Comité considera o desenvolvimento no domínio das especializações em Fisioterapia, quando se verifica a aplicação de competências clínicas superiores num campo definido do exercício e quando essas actividades beneficiam o público e a profissão através da promoção de um nível de Fisioterapia mais elevado.

- **Serviços não Terapêuticos**

- a) **Generalidades**

Os fisioterapeutas que se dedicam sobretudo à educação administração e investigação são, em geral, altamente qualificados e experientes, tendo revelado um alto nível de motivação pessoal e académica no seu desenvolvimento profissional. Eles são muitas vezes os mais aptos para conduzir o desenvolvimento mais amplo da sua profissão. Estes factores devem ser tidos em consideração na estrutura e planificação de uma carreira, para assegurar que a profissão retenha no seu seio os profissionais mais competentes e com mais experiência.

Para facilitar a comunicação entre os profissionais ao nível educativo, administrativo e na investigação, é necessário estabelecer-se terminologia comum em Fisioterapia.

- b) **Educação**

A evolução da educação em Fisioterapia desenvolvida nas grandes universidades, ou conferida nos estabelecimentos de ensino superior, é importante, para poder conservar a responsabilidade do ensino das matérias ligadas à Fisioterapia, assumir posições mais elevadas nas instituições de formação, e os fisioterapeutas responsáveis pela educação dos profissionais devem obter os diplomas académicos superiores integrados no quadro do desenvolvimento da sua carreira.

É importante sublinhar que a qualidade da formação em Fisioterapia depende do nível da formação clínica que tem componentes académicos e práticos, desenvolvidos nos cursos de Fisioterapia. Os fisioterapeutas responsáveis pela formação clínica, devem assim, ao aceitar essa responsabilidade no quadro académico, desenvolver as competências pedagógicas para formação e avaliação dos estudantes.

A profissão deve trabalhar para que os programas de formação em Fisioterapia, leccionados nas grandes universidades e nas escolas politécnicas, se tornem acessíveis a todos os países da UE e permitam de facto a circulação ao nível da educação inicial e ao nível superior. A concepção destes programas deve ser harmonizada para permitir as

trocas de estudantes na UE a todos os níveis.

c) Administração e Gestão

Para consolidar a autonomia profissional cada fisioterapeuta deve contribuir nas actividades administrativas e de gestão, desde a avaliação do seu exercício à aplicação de medidas de controlo de qualidade, de planificação dos recursos até à definição de uma política relativa à Fisioterapia. Os conceitos de gestão do exercício devem constar nos programas de desenvolvimento profissional, e os fisioterapeutas que assumem responsabilidades de gestão têm a oportunidade e obrigação de realizar uma formação adequada.

d) Investigação

O desenvolvimento científico e clínico da profissão deve assentar em resultados de investigação fiáveis. É necessário promover e encorajar projectos de investigação efectuados por fisioterapeutas no quadro das actividades académicas, administrativas ou clínicas. Os fisioterapeutas devem adquirir os conhecimentos e competências em metodologia de investigação para realizarem projectos de investigação cientificamente válidos. É necessário encorajar os fisioterapeutas a iniciarem e participarem em projectos de investigação em ciências de base e na clínica a nível local, nacional e europeu. É necessário encorajar os fisioterapeutas a trocar e difundir, ao nível europeu, os resultados das suas investigações.

Os fisioterapeutas devem utilizar as suas competências de investigadores nas suas actividades diárias e promover a avaliação do seu exercício clínico.

Os fisioterapeutas devem fazer um acordo sobre os princípios da metodologia de investigação que utilizam para que os resultados possam ser comparáveis e fazer avançar a profissão em toda a UE.

É essencial reconhecer a contribuição dos investigadores no desenvolvimento futuro da profissão, sendo assim necessário verificar se o plano de carreira reconhece plenamente os fisioterapeutas altamente qualificados que se consagram inteiramente à investigação.

Para preservar e assegurar o desenvolvimento completo da profissão, por intermédio das organizações membros do CPLKUE, a profissão deve procurar, para além dos organismos ligados à saúde, para financiar a investigação e utilizar plenamente os recursos de financiamento ao nível nacional e internacional.

2.3.4. European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE)

É constituída por um conjunto de Estabelecimentos de Ensino Superior nas quais se lecciona o curso superior de Fisioterapia na Europa. Foi constituída em 1995 e cada estabelecimento de ensino é representado por docentes de Fisioterapia, na sua maioria, fisioterapeutas. Actualmente fazem parte da rede os seguintes países: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino-Unido. O Comité executivo é actualmente presidido pela Finlândia, sendo a vice-presidência da Irlanda, o secretariado geral da França e a Tesouraria da Bélgica.

As finalidades da ENPHE actualmente são:

- Definir as bases para um ensino de nível elevado em Fisioterapia
- Facilitar as trocas de estudantes e professores
- Estudar a possibilidade de criar um diploma Europeu em Fisioterapia tipo “Master”
- Trabalhar em consonância com o Comité de ligação e a WCPT
- Cooperar com as autoridades Europeias

O nosso país actualmente está representado na ENPHE pela ESTeS de Lisboa e do Porto.

A ENPHE realizou um estudo financiado e suportado pela comissão Europeia, o qual ficou concluído em 1996 sobre a Educação em Fisioterapia na Europa. Assim como o nosso trabalho se centra igualmente no estudo das atitudes dos fisioterapeutas da área de Lisboa e Vale do Tejo face ao ensino e ao exercício, em seguida apresentaremos alguns aspectos da discussão e conclusões do mesmo como contributo para a caracterização da educação em Fisioterapia na Europa, e de forma particular em Portugal.

- **Alguns aspectos da discussão dos resultados do estudo realizado pela ENPHE sobre a Educação em Fisioterapia na Europa**

A Educação de nível superior pode ser vista como uma expressão de diferenciação no seio da UE, reflectindo diferenças culturais, socio-económicas e políticas. Devido a estes factores, os diferentes países reflectem aspectos na educação de nível superior em Fisioterapia. É contudo claro que o nome do diploma obtido e o período de estudos não é suficiente para avaliar um currículo em Fisioterapia. Outros elementos como a estrutura do currículo no âmbito do sistema educacional, formas de acesso e admissão, programas das unidades curriculares, processo de aprendizagem e avaliação, sistema de créditos são igualmente

necessários. Um grande número de indicadores pode ser formulado para obter esta informação. A importância destes indicadores difere de país para país. Todos estes diferentes aspectos não foram suficientemente explorados no estudo em apreço, de acordo com o relatório do próprio estudo.

A diferenciação no interior da UE inclui diferentes interações entre o Ministério da Educação, Ministério dos Assuntos Sociais, organizações profissionais e outros estabelecimentos. Particularmente na educação em Fisioterapia, estas autoridades têm um papel importante no reconhecimento, regulação da prática e jurisdição. Por esta razão, é necessário colectar em futuros trabalhos de investigação da ENPHE, informação detalhada sobre aquelas organizações.

Devido ao permanente desenvolvimento no domínio da educação de nível superior, é difícil obter um actual *status* para a educação de nível superior em Fisioterapia. Pelo que é necessário fazer recolha e análise de dados periódica.

• Conclusões

Com a informação obtida através deste estudo não é possível traçar directivas, linhas de orientação ou *standards* devido às omissões e inexactidões.

Contudo este trabalho era necessário de forma a obter uma primeira análise sobre a educação de nível superior em Fisioterapia. Neste estudo, foram principalmente discutidas as omissões e os problemas. Esta discussão foi importante para vir a implementar o uso de instrumentos de avaliação adequados. Em futuras investigações recomenda-se em absoluto complementar e corrigir todas as informações e dar especial atenção aos itens que não foram explorados de forma exacta. É necessário criar um instrumento de medida para se atingir essa meta. Este deve ser o próximo passo para obter exacta e actualizada informação para atingir a Directiva Europeia para Fisioterapia na educação de nível superior e todos os objectivos da ENPHE.

3. Um estudo teórico sobre atitudes

3.1. Conceito de atitudes

O estudo que desenvolvemos neste capítulo tem como finalidade organizar uma questão fundamental nos nossos dias, que se centra no facto de as atitudes dos indivíduos terem importância não só para os próprios, mas também influenciarem as relações interpessoais, reflectindo-se a sua esfera de influência em termos sociais e políticos.

Assim, propomo-nos, fazer uma retrospectiva sobre as atitudes a dois níveis: do ponto de vista da conceptualização do termo e sobre as modalidades de avaliação-técnica das mesmas.

Podemos constatar que, ao longo do século XX, com o desenvolvimento da psicologia, têm surgido diferentes abordagens metateóricas sobre as atitudes e, nomeadamente, sobre as funções destas.

Para cumprir os nossos objectivos, organizamos este capítulo da seguinte forma: conceito de atitude e conceitos relacionados com aquele, avaliação das atitudes, formação das atitudes e funções das atitudes.

A investigação psicológica sobre as atitudes, apesar das suas divergências em termos técnicos, é unânime em sublinhar a sua importância como factor de desenvolvimento social e individual, capaz de influenciar as instituições e as orientações políticas (Vala, 1992).

A investigação realizada sobre as atitudes parece ter crescido em extensão por imperativos do ensino e das pressões sociais e, ainda, para responder às necessidades de diferenciação no interior da própria comunidade científica (Vala, 1992).

Em termos retrospectivos o conceito de atitude teve uma importância significativa na compreensão e explicação do comportamento social.

Pode entender-se atitude como «uma disposição para responder favorável ou desfavoravelmente a um objecto, pessoa ou instituição ou acontecimento» (Ajzen, 1988). Esta é definida como um construto hipotético que não pode ser observado directamente, mas que pode ser inferida a partir de respostas que podem ser medidas, traduzindo avaliações positivas e negativas sobre o objecto ao qual se refere a atitude.

Estamos na presença de variáveis que não observamos directamente, as quais construímos para tentar explicar efeitos regulares, que são observáveis. No entanto, no caso das atitudes, as variáveis que tentamos avaliar têm sempre um objecto, são inteligíveis e são

comunicadas, como refere Eiser (1986), o que as define como preditores não só do comportamento em geral, mas do comportamento social, em particular.

Considerando as atitudes como os elementos básicos constitutivos das interacções sociais pode compreender-se melhor a importância central que Allport (1961) lhes concedeu. As atitudes, para além dos comportamentos ou tendências comportamentais, podem igualmente deduzir-se das respostas afectivas e das respostas ou crenças cognitivas, traduzindo a percepção–informação que o indivíduo tem sobre um determinado objecto. Actualmente os estudos centram-se nos aspectos avaliativos ou afectivos e consideram-se as crenças, intenções e comportamentos, relacionados entre si mas distintos das atitudes.

Existem duas orientações metodológicas que explicam a origem das atitudes: a behaviorista e a cognitivista. Para a primeira, as atitudes constroem-se através dos processos de condicionamento, ou seja «a associação repetida e sistemática entre objecto e atitude e as contingências positivas e negativas produzem uma reacção afectiva favorável ou desfavorável relativamente ao objecto» (Jesuino, 1994). A abordagem cognitivista destaca a informação, atribuindo às crenças o papel de determinante principal das atitudes, isto é, cada crença associa o objecto da atitude a um atributo considerado positivo ou negativo, sendo esta formulada em termos de valores e utilidades esperadas (Ajzen e Fishbein, 1980).

Considerando a hipótese de que as atitudes resultam da informação, pode inferir-se que a sua proveniência se verifica nas próprias crenças sobre nós próprios e sobre o contexto social, podendo ocorrer por experiência directa ou através dos seus pares. Ainda assim, as informações permitem ao sujeito fazer inferências, as quais, no entanto, podem sofrer interferências motivacionais ou não serem construídas correctamente do ponto de vista lógico.

Quanto à relação entre atitudes e comportamentos, «a hipótese de base é que as atitudes positivas estejam associadas a comportamentos favoráveis para com o objecto, enquanto as negativas conduzem a comportamentos desfavoráveis. A investigação levada a efeito nem sempre, porém, confirma tais previsões» (Jesuino, 1994). Assim, relacionar directamente atitudes gerais com comportamentos específicos pode não ser a estratégia mais correcta; no entanto, «as atitudes revelam-se, contudo, preditoras de intenções comportamentais específicas» (Jesuino, 1994).

A mudança de atitudes pode igualmente ser encarada sob várias perspectivas. Assim, segundo Hovland (citado por Jesuino (1994)), que se identifica com o behaviorismo, a mesma é devida a um processo de aprendizagem. Porém, outra metateoria, o gestaltismo, apresenta outras explicações, sendo Kurt Lewin o seu representante mais significativo. A teoria do

campo do autor referido (prolongamento da Gestalt) considera como premissa fundamental que é necessário considerar a situação total para compreender o comportamento. Assim, Kurt Lewin partindo desta teoria verificou através dos seus projectos de investigação que a mudança de atitudes é facilitada através do grupo de referência, sobretudo quando os membros do grupo assumem a responsabilidade de operacionalizar e desenvolver a decisão do grupo.

Duas outras teorias que se deveram a Léon Festinger (1919–1987), continuador de Lewin, contribuíram de forma determinante para explicar as mudanças de atitudes: a teoria de comparação social e a teoria de dissonância cognitiva.

A ideia central da teoria da comparação social é a de que os indivíduos têm necessidade de se auto-avaliarem, e na ausência de critérios objectivos comparam-se com os outros sujeitos (Festinger, 1954). Desta teoria surgiram determinadas tendências, como por exemplo, a pressão para a uniformidade que se verifica nos grupos como forma de tenderem para o equilíbrio (noção gestaltista e lewiana).

Alguns anos mais tarde foi publicada a teoria da dissonância cognitiva, a qual pode ser expressa partindo do princípio de que as pessoas são motivadas para manter a consistência ou consonância entre pares de cognições relevantes (Festinger, 1957), sendo a cognição qualquer conhecimento ou crença acerca de si próprio, dos comportamentos ou meio envolvente, considerando-se dissonantes se a uma não se segue a outra. Tal dissonância é considerada psicologicamente desconfortável, implicando uma forma de pressão que se pode orientar no sentido de reduzir ou evitar as situações, ou informações, que contribuam para a ampliar. Quando a dissonância tende a ser reduzida, tal facto verifica-se porque uma das cognições dissonantes foi modificada, diminuindo a importância da própria dissonância, ou acrescentando nova informação, consonante com uma das cognições dissonantes, ou que harmonize os dois elementos dissonantes (Festinger, 1957). Para este autor existem quatro tipos de dissonância.

- A pós-decisional, que se manifesta quando um sujeito tem que escolher entre duas alternativas nas quais existem aspectos positivos e negativos; são geradoras de tensões e situações de conflito. A importância da teoria neste contexto revela-se através de possibilidade de fazer predições relativamente aos mecanismos de redução e, do ponto de vista experimental, permite criar situações para as confirmar.
- Um outro tipo de dissonância, designada por “anuência forçada” (*forced compliance*), ocorre quando uma pessoa é induzida a comportar-se numa forma que contradiz as suas crenças e em que os incentivos externos não são suficientes para justificar um comportamento contra-atitudinal (Jesuino, 1994). Neste tipo de

dissonância a redução verifica-se modificando a crença de tal forma que esta seja o menos dissonante possível com o comportamento. A importância deste mecanismo de mudança de atitude veio revelar que se pode com mais facilidade modificar o comportamento do que as atitudes, isto é, se modificarmos o comportamento, a atitude vai-se reajustando para manter a consonância.

- A exposição voluntária ou involuntária à nova informação constitui uma terceira forma de dissonância cognitiva, uma vez que esse contacto representa uma ameaça podendo modificar cognições anteriores ou produzir outras. Este processo é perfeitamente observável, ou seja: os sujeitos evitam a informação que pode situá-los em dissonância e buscam sobretudo a que está de acordo com as crenças e convicções.
- A quarta forma de dissonância relaciona-se com os sistemas de apoio social que podem provocar dissonância, por exemplo, quando os membros do grupo discordam ou a integração no grupo significa a adopção de novas cognições ou ainda quando um acontecimento externo invalida a crença central para o grupo.

A coexistência entre a teoria da dissonância cognitiva e os behavioristas não foi pacífica. Por exemplo, a adesão forçada contrariava as regras de aprendizagem na medida em que a mudança não era proporcional à recompensa. Mas apesar dessas divergências, as duas teorias podem coexistir e complementar-se, aplicando-se os princípios de autopercepção às mudanças de atitude coerentes com o comportamento, e os princípios da dissonância cognitiva às mudanças de atitude incongruentes com esse comportamento.

Apesar das divergências em termos de definição, o conceito de atitude surge como um dos primeiros a traduzir a identidade à psicologia social, colocando-o na posição de elo de ligação entre a psicologia individual e a sociologia, uma vez que permite identificar o posicionamento de um indivíduo num contexto social.

As várias posições das diferentes metateorias relativamente ao conceito de atitude manifestam no entanto aspectos comuns:

1. As atitudes reportam-se a vivências pessoais e subjectivas. Todos os cientistas consideram que as mesmas manifestam a situação de um sujeito ou de um grupo, o qual foi construído a partir da sua história, ou seja de “algo” que foi assimilado (Lima, 1993).
2. Qualquer atitude se refere a um objecto determinado, quer se trate de um indivíduo ou de um grupo social. Quando se trata de avaliar qual é a atitude, surge imediata-

mente a pergunta *face a quê*: atitude face ao racismo, atitude face à droga, atitude face à escola (Lima, 1993).

3. A dimensão avaliativa está sempre incluída nos estudos que se fazem sobre atitudes. A dimensão afectiva-avaliativa está sempre presente, implicando uma posição relativamente a um objecto social, a qual pode exprimir-se por: gosto/não gosto, concordo/discordo (Lima, 1993). Importa ainda referir que as várias teorias sobre atitudes e que se conotam quer com as metateorias ligadas à cognição ou ao comportamento, denotam igualmente sempre uma dimensão afectivo-avaliativa.

As atitudes surgem da interacção social de processos de comparação, identificação e diferenciações sociais (Lima, 1993), mesmo quando diferentes sujeitos têm atitudes diferentes face a um mesmo objecto, permitindo-lhe orientar-se face à atitude dos outros num determinado momento. Tal não significa que a atitude seja estável ou portadora de características temperamentais. No entanto, ao verificarem-se semelhanças nas atitudes dos sujeitos que constituem um grupo social, encontramos uma evolução nas posições individuais, e do grupo, no tempo.

O estudo das atitudes tem sido objectivo de especial atenção por parte dos psicólogos.

Em 1935 Allport compilou muitas definições do termo, mostrando assim o interesse que este assunto suscitava nos anos trinta.

Passadas várias décadas, existem alguns argumentos que justificam a relevância e actualidade que esta área de estudo tem (Rodrigues, 1996), dos quais se destacam:

- a) as atitudes constituem bons preditores de comportamento;
- b) as atitudes sociais desempenham funções específicas para cada indivíduo, ajudando-o a organizar uma ideia estável da realidade em que vive e serve para o proteger do seu “eu” de conhecimentos menos desejáveis; e
- c) as atitudes constituem a base de situações sociais importantes, como por exemplo as relações de amizade e de conflito.

As atitudes consideram-se um construto directamente ligado aos aspectos comportamentais e cognitivos, tendo os últimos sido estudados desde há algumas décadas tal como é referido por Murphy *et al.* (1937) como conceito que ocupava uma posição central; mas nos anos seguintes continuou a merecer tratamento especial, não só pela sua pertinência mas, porque contribuem para a compreensão dos processos de influência social e estruturação cognitiva, nos quais formam áreas de estudo da psicologia contemporânea.

A atitude, tal como é considerada actualmente, reporta-se a um sentimento pró ou contra um objecto social, o qual pode ser uma pessoa, um acontecimento social ou um produto da actividade humana (Rodrigues, 1996). O conceito de atitude, apesar de ser uma área de estudo à qual se dedicaram muitos investigadores, constitui uma temática que não está livre de controvérsia pelo que se considerou importante fazer uma pesquisa sobre a evolução do próprio conceito enquanto objecto de estudo da psicologia.

3.2. Retrospectiva histórica do conceito de atitudes

Existiram muitas definições do conceito atitude. Recuando algumas décadas, podemos referir, por exemplo, Allport (1935) que apresentou cerca de 100 definições para o conceito de atitude. Com o desenvolvimento do conhecimento científico em psicologia muitas destas se tornaram imprecisas e inadequadas. Considera-se pois oportuno apresentar algumas definições consideradas clássicas de atitude e as que foram publicadas na última década:

1. «A intensidade de afecto pró ou contra um objecto psicológico» (Thurstone, 1928).
2. «Um estado mental e neurológico de prontidão, organizado através da experiência e capaz de exercer uma influência directiva ou dinâmica sobre a resposta do indivíduo a todos os objectos e situações a que está relacionada» (Allport, 1935).
3. «Uma resposta afectiva, relativamente estável, a um objecto» (Murphy *et al.*, 1937).
4. «Uma resposta implícita, produtora de tensão, considerada socialmente significativa na sociedade do indivíduo» (Doob, 1947). É possível identificar uma alusão implícita ao comportamento, orientada por uma posição behaviorista, sendo que atitude é considerada como uma resposta, embora de forma explícita.
5. «Uma organização duradoura de processos motivacionais, emocionais, preceptivos com relação a algum aspecto do mundo da pessoa» (Krech e Crutchfield, 1948).
6. «Atitude social é (ou é demonstrada por) consistência na resposta a objectivos sociais» (Campbell, 1950).
7. «Uma predisposição para experimentar uma classe de objectos de certas formas, com afecto característico; ser motivado por esta classe de objectos em determinadas formas e agir em relação a estes objectos de uma maneira característica» (Smith *et al.*, 1956). Utilizando os termos opinião e atitude como sinónimos.
8. «Um sistema duradouro de avaliações positivas e negativas, sentimentos emocionais e tendências pró ou contra com respeito a um objecto social» (Krech *et al.*, 1962).

9. «Certas regularidades nos sentimentos, pensamentos, e predisposições para agir do indivíduo em relação a algum aspecto do seu ambiente» (Secord e Backman, 1964).
10. «Uma disposição para agir quando as circunstâncias aparecem» (Brown, 1965).
11. «Referem-se às posições que a pessoa mantém e aprova acerca de objectos, controvérsias pessoas, grupos, ou instituições» (Sheriff *et al.*, 1965).
12. «De um ponto de vista cognitivo, atitude representa uma organização de cognições possuidoras de valências. De um ponto de vista motivacional, uma atitude representa um estado de prontidão para o despertar de um motivo» (Newcomb *et al.*, 1965).
13. «É o resultado da combinação, num silogismo, de uma premissa constituída por uma crença e outra constituída por um valor. Atitudes são, essencialmente, valores derivados de outros valores — que são mais básicos, ou que foram interiorizados anteriormente no processo de desenvolvimento» (Jones e Gerard, 1967).
14. «É uma organização relativamente duradoura de crenças acerca de um objecto ou situação que predispõe uma pessoa para responder de uma determinada forma» (Rokeach, 1969).
15. «Uma colecção de cognições, crenças, opiniões e factos (conhecimentos), incluindo avaliações (sentimentos) positivos e negativos, todos relacionados a um tema ou objecto central e que o descrevem» (Freedman *et al.*, 1970).
16. «O termo atitude indica a organização num indivíduo dos seus sentimentos, crenças e predisposições a comportar-se como o faz» (Rosnow e Robinson, 1967, adoptada por Mann, 1970).
17. «É uma ideia carregada de emoção que predispõe um conjunto de acções a um conjunto particular de situações sociais» (Triandis, 1971).
18. «Atitude pode ser definida como uma prontidão para responder consistentemente de uma forma positiva ou negativa a algum objecto ou situação» (Harvey e Smith, 1977).
19. «Atitudes são as nossas avaliações dos objectos, as nossas preferências e antipatias» (Raven e Rubin, 1983).

Com base nas definições anteriormente apresentadas, e outras que aqui não foram referidas, é possível sintetizar a existência de elementos característicos nas atitudes dos quais se destacam:

- a) uma organização duradoura de crenças e organizações em geral,
- b) uma carga afectiva pró ou contra,
- c) uma predisposição à acção,
- d) uma orientação em relação a um objecto social.

Assim e de acordo com Rodrigues (1996) pode-se definir uma atitude como sendo “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afectiva pró ou contra um objecto social definido, que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a este objecto”, sendo constituídas por três componentes: cognitiva, afectiva e comportamental.

3.3. Outros conceitos relacionados com as atitudes

3.3.1. Considerações prévias

Parece-nos importante diferenciar o conceito de atitude de outros construtos que, com alguma frequência, encontramos na revisão da literatura. Assim, propomo-nos distinguir atitude de outros construtos hipotéticos, tais como os traços de personalidade, as crenças, os valores, as ideologias e as opiniões.

3.3.2. Os traços de personalidade

Os traços de personalidade diferem das atitudes porque estas possuem sempre uma componente avaliativa e se dirigem a um objecto concreto, o mesmo não se passando com os primeiros que expressam “tendências de resposta num dado domínio que sem especificarem o alvo do comportamento se centram no indivíduo” (Lima, 1993). Os dois conceitos apresentam contudo diferenças significativas, porque as atitudes parecem ser mais sujeitas a transformação por influência da informação ou da experiência do indivíduo, sendo os traços de personalidade considerados pela literatura como mais resistentes à mudança.

3.3.3. As crenças

As crenças, tal como as atitudes, referem-se a um objecto determinado, mas relativamente às primeiras considera-se a informação que um sujeito possui acerca de um objecto admitindo que associa sempre a probabilidade de veracidade. As atitudes têm como suporte crenças, as quais constituem a sua componente cognitiva e racional (Lima, 1993), o que permite o suporte e a argumentação para que numa conversa possamos defender a nossa atitude (posição atitudinal, a qual é sobretudo afectiva). Na teoria da acção reflectida, desenvolvida

por Fishbein e Ajzen (1975) (Ajzen e Fishbein, 1980), o conceito de atitude é “definido como a força das crenças relativas a um determinado objecto, pesado pela avaliação que o indivíduo faz dessas mesmas crenças” (Lima, 1993). De acordo com este modelo, diferentes atitudes têm como suporte as mesmas crenças avaliadas através da mesma metodologia.

3.3.4. Os valores

Os valores, sendo um tipo de cognição, tal como as atitudes, referem-se à explicitação de preferências ou avaliações, ou seja “as concepções centrais sobre o que é desejável a nível individual ou societal, que servem como padrões ou critérios para orientar não só a acção mas também a avaliação, as escolhas, as atitudes e as atribuições de causalidades” (Rokeach, 1979). É importante referir, porém, que as atitudes se orientam para um objecto, enquanto os valores são mais gerais e abstractos (Lima, 1993), não se circunscrevendo a objectos e situações, assumindo um carácter normativo que não existe nas atitudes. Estas diferenças permitem ainda referir que os valores são comparativamente, em termos numéricos, muito menos do que as atitudes.

3.3.5. As ideologias

Lima (1993) teorizou que “por ideologia entende-se um sistema estruturado e estável de crenças e atitudes, pretendendo-se assim um conceito com um nível de abstracção mais elevado”. Assim, uma ideologia define orientações teóricas (políticas) bem diferentes dentro da psicologia (social). Um dos modelos de organização das atitudes sociais foi proposto por Eysenck (1954), onde o autor identifica uma projecção da personalidade dos indivíduos no seu pensamento político, no qual através de uma metodologia factorial e hierárquica se fazia a distinção entre três níveis de conceitos: opiniões, atitudes e ideologias. O modelo tem sido contestado sob o ponto de vista metodológico e ideológico porque muitos outros estudos não detectaram a existência do eixo na análise factorial.

Num outro estudo, levado a cabo por Soczka (1983), verificou-se, através de um modelo hierárquico, a existência de uma estrutura ideológica trifactorial: conservadorismo–progressismo, pacifismo–belicismo e anomia–nomia.

Alguns autores, contudo, consideram que as respostas a itens opinativos individualmente só representam as crenças desses sujeitos e quanto muito esses estudos apontam para os motivos que os conduziriam a sustentar essas posições ideológicas. Esta perspectiva de análise, ao centrar-se na personalidade do indivíduo e nas suas características biológicas, corre o risco

de esquecer o carácter social subjacente a qualquer ideologia: as suas funções e origens sociais e o seu carácter indissociável da dinâmica histórica dos conflitos entre os grupos sociais (Lima, 1993).

3.3.6. As opiniões

É habitual considerar-se uma opinião como a expressão da atitude. No entanto, segundo Alexandre (1971), a opinião é acidental, isolada, e representa o indivíduo superficialmente, enquanto a atitude é considerada como uma forma de caracterizar a personalidade do indivíduo, uma vez que é mais estável, mais duradoura e mais complexa.

Tanto as opiniões como as atitudes são manifestadas num contexto constituído pelo aparecimento de um objecto determinado, principalmente um objecto social no campo psicológico do sujeito e no sentido positivo ou negativo.

3.4. A avaliação das atitudes

Em termos de avaliação de atitudes, Rosenberg e Hovland (1960) propuseram um modelo para caracterizar as mesmas e estudar a relação existente entre as respostas observáveis. Estes autores propuseram três categorias para as respostas directamente obtidas das atitudes: respostas afectivas, cognitivas e comportamentais. Neste modelo é ainda postulado a inter-relação das várias categorias de resposta à atitude. Porém, na revisão da literatura muitas das definições sobre atitudes destacam só uma das componentes, assumindo uma perspectiva unidimensional das atitudes.

A avaliação das atitudes implica sempre a medição de um dos três tipos de resposta atitudinal, e a modalidade do tipo de medida está relacionada com a definição que o autor do estudo adopta. Por exemplo, para um cientista cuja orientação teórica se relacione com a acção, será natural que opte por uma avaliação centrada na observação do comportamento.

Segundo Lima (1993), desenvolveram-se formas estruturadas para avaliar atitudes, as quais se podem dividir em três grandes grupos: técnicas de papel e lápis (escalas de atitudes), técnicas psicofisiológicas (medidas corporais) e técnicas de observação do comportamento (medidas comportamentais).

À tarefa de medir as variáveis relacionadas com as atitudes “consagraram-se Thurstone e Chave, a quem se deve uma monografia clássica, *The Reasurement of Attitude*, publicada em 1929, a que outros métodos depois se seguiram, como o de Likert, introduzido em 1932, ainda hoje dos mais utilizados” (Jesuino, 1994). Os instrumentos utilizados mais usualmente são as

escalas de atitudes. Os investigadores, regra geral, constroem as suas próprias escalas para cada projecto de investigação, as quais devem respeitar todos os requisitos psicométricos para assegurarem o rigor científico. Apesar do seu valor instrumental de variável independente ou intermédia, as atitudes podem igualmente ser estudadas relativamente à sua origem, formação e processo de mudança.

3.5. A formação das atitudes

3.5.1. Considerações prévias

Na pesquisa sobre a formação de atitudes podem destacar-se duas orientações teóricas: “a primeira assenta nos processos cognitivos e remete o problema da formação das atitudes para a questão de aquisição de crenças” e a segunda analisa “este processo enquanto um processo afectivo, sem necessidade de um suporte racional” (Lima, 1993).

Na orientação metateórica cognitivista considera-se que toda a informação que se possui sobre um objecto está organizada sob a forma de crenças, as quais definem as próprias atitudes. A teoria da acção reflectida (Fishbein e Ajzen, 1975) surge como um exemplo desta orientação, destacando-se que nesta a atitude é o resultado de trabalho cognitivo no qual se procedeu à avaliação de crenças. Contudo, a origem das atitudes não pode centrar-se nas crenças, tanto mais que não explica a sua formação. As crenças podem ter a sua origem através de informação obtida directamente (experiência pessoal) ou indirectamente (interacção com outros), sendo que segundo Fazio e Zanna (1981) a experiência directa origina a formação de atitudes mais estáveis e duradouras. No entanto, existem muitas questões sociais que conduzem a uma tomada de posição sem que o indivíduo seja propriamente exposto a experiência directa (por exemplo a eutanásia, a tortura e a adopção de crianças HIV). Nestas situações a informação atitudinal é captada indirectamente, sendo os pais uma das primeiras fontes de aprendizagem de crenças, assim como os amigos e os grupos que servem como referência para o processo avaliativo da realidade dos sujeitos.

As grandes instituições normalizadoras como a Escola, as Forças Armadas e a Igreja, são também fonte de aprendizagem de crenças, as quais por vezes assumem um papel muito importante na nossa vida pessoal e na relação com os outros. São exemplos deste tipo de crenças: a existência do diabo, a importância da liberdade, o respeito pelos outros. A Comunicação Social é outra fonte de informação atitudinal, já que constroem a realidade, moldando as crenças e atitudes dos indivíduos no dia a dia.

A segunda metateoria não parte de pressupostos muito racionais e associa a formação das atitudes a experiências de carácter eminentemente emocional. Zajonc (1968) propôs o que designou por “efeito de mera suposição” para explicar o facto de um indivíduo exposto repetidamente ao mesmo tipo de estímulo melhorar a sua atitude face ao mesmo, isto é, as crenças não se modificavam mas verificava-se uma alteração de posição em face ao objecto social (exemplo: campanhas publicitárias).

Para Lima (1993), “o condicionamento clássico é também um mecanismo de formação de atitudes sem intervenção da sua componente cognitiva”, ou seja: um estímulo provoca uma resposta de que não era responsável anteriormente ao ser emparelhado com outro que geralmente já provoca essa reacção (processo de aprendizagem para condicionamento clássico).

3.5.2. Aspectos determinantes

Uma atitude de acordo com Rodrigues (1996) é “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afectiva pró ou contra um objecto social definido, que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a este objecto”. Alguns dos investigadores que, se têm dedicado a estudar esta área temática, têm-se igualmente interrogado sobre quais os factores que, influenciam a formação das atitudes. Existem diferentes aspectos que influenciam a formação das atitudes:

- **Aspectos Funcionais**

O aspecto funcional das atitudes para alguns autores (Smith *et al.*, 1956) é considerado como algo relevante porque as mesmas se formam para dar resposta a funções específicas, que são do ponto de vista pragmático muito úteis para o ajustamento da personalidade nas relações sociais. Assim, um conjunto de opiniões para um indivíduo pode vir a constituir um suporte para fazer face ao mundo em mudança, enquanto, para outro sujeito, pode assumir o papel de estímulo para uma actividade revolucionária.

O aspecto funcional das atitudes assumiu especial destaque nos trabalhos de investigação de Smith *et al.* (1956). Para estes investigadores as atitudes formam-se para atender a determinadas funções, as quais assumem uma perspectiva pragmática de utilidade que tem como objectivo o ajustamento da personalidade perante o mundo exterior. Estes autores consideram o termo personalidade, como uma forma muito mais ampla do que opinião. Embora a personalidade individual envolva um conjunto de opiniões (atitudes) e o contexto no qual as mesmas se formam é importante para a determinação do papel em que *a posteriori* serão solicitadas a desenvolver.

A inter-relação entre personalidade e atitudes segundo os autores atrás citados é influenciada por factores internos e externos ao indivíduo, tal como se pode inferir da seguinte citação: «A um nível de maior generalidade, podemos dizer que as opiniões ou atitudes de uma pessoa servem de medidores entre as suas demandas internas e o ambiente externo — o material, o social e mais directamente o ambiente informacional da pessoa». Figuras de retórica podem ser enganadoras, mas apesar disso consideramos adequado conceber as atitudes de uma pessoa como o seu principal equipamento para lidar com a realidade. Este equipamento não é um produto apenas das necessidades e defesas básicas, nem é moldado directamente de acordo com uma fotocópia do mundo no qual a pessoa se encontra. Nem tão pouco é ele directamente copiado dos grupos aos quais ele pertence ou aspira. Algo de tudo isto, mas não exactamente nenhuma destas coisas em particular é, essencialmente, um aparato para equilibrar as imposições do funcionamento interior e as do ambiente. Ninguém pode predizer as opiniões de uma pessoa através do conhecimento da sua personalidade apenas ou exclusivamente pelo conhecimento o seu ambiente. Ambos devem integrar a fórmula preditiva (Smith *et al.*, 1956).

Estes autores consideram ainda que as atitudes podem assumir três funções distintas: avaliação do objecto, ajustamento social e exteriorização.

A função de avaliação do objecto que os autores defendem pode enquadrar-se na meta-teoria psicanalítica e é referida pelos psicólogos como “teste da realidade”. Ou seja o facto de se possuir uma atitude em relação a um objecto concreto, fornece o padrão para estabelecer reacções relativamente a esse objecto.

No entanto, a posição assumida em relação a esse objecto raramente são conexões com a posição do indivíduo relativamente a outros objectos. A experiência do dia a dia mostra que as atitudes não existem isoladamente, mas constituem um aglomerado de posições que possuem um denominador comum. Assim, a função de avaliação do objecto serve a função de proporcionar as posições gerais que inspiram as reacções a este objecto e a uma constelação de outros com ele relacionados.

A função de ajustamento social que Smith *et al.* (1956) atribuíram às atitudes, assume o papel de tornar possível a facilitação, o terminus ou a manutenção mais ou menos harmoniosa das relações dos indivíduos uns com os outros. Por vezes a emissão de uma opinião relativamente a objecto acarreta problemas de ajustamento. Assim, para atender à função social de ajustamento social das atitudes um sujeito pode emitir opiniões sobre determinado assunto que sejam úteis à promoção da sua aceitação por parte dos outros

elementos do seu grupo, mas que têm exclusivamente esta função. A função de ajustamento social das atitudes desenvolve o papel de proporcionar às pessoas oportunidades de uma boa acomodação social (Kelley, 1968).

Por último, a função de exteriorização desempenhada pelas atitudes manifesta-se clara e inofismavelmente em posições que protegem o sujeito contra estados de ansiedade provocados por problemas interiores. Smith *et al.* (1956) estabeleceram uma analogia, entre esta função e os mecanismos psicanalíticos de projecção e deslocamento. Os quais constituem exemplos do que os autores consideram a exteriorização. Assim por exemplo, um indivíduo perante uma situação, exhibe uma atitude que constitui uma visão transformada da sua forma de lidar com os seus problemas interiores, podendo vir a obter êxito na redução da ansiedade gerada pelos mesmos, ou exteriorizar uma atitude preconceituosa como forma de lidar com os seus problemas internos de insegurança e/ou sentimento de inferioridade.

• **Aspectos Baseados na Noção de Consistência Cognitiva**

a) As posições de Heider (1946, 1958), Newcomb (1953) e Festinger (1957) têm como denominador comum a noção de consistência cognitiva, ou seja: existe uma força em direcção à congruência, à harmonia, à consistência entre as atitudes e entre os componentes das atitudes. E como tal, as atitudes conducentes a um estado harmonioso são mais facilmente formadas. Assim o aspecto relevante comum a estas posições técnicas relativamente às atitudes é que um estado de consistência entre atitudes permite uma dada calma e imediata adopção das atitudes coerentes. Enquanto, as atitudes incoerentes (inconsistentes) passam por um processo de difícil formação e assimilação, apesar de se verificar que os indivíduos exibem comportamentos mais ou menos frequentes o que permite inferir a existência de atitudes subjacentes inconsistentes (Rodrigues, 1996). Assim relativamente às posições dos autores inicialmente citados é possível concluir que de acordo com as teorias da consistência cognitiva, as atitudes se formam de acordo com o princípio da harmonia e boa forma, organizando-se mais facilmente aquelas que formam um todo coerente e internamente mais consistentes do que outras, que devido à incongruência provocam estados de tensão e desejo de mudança.

b) A posição de Rosenberg (1960) e de Rosenberg e Abelson (1960) centra-se na estreita ligação que eles consideram existir entre as crenças acerca de um objecto e o afecto que é dirigido a este objecto. Deste modo, quando existe coerência entre as componentes cognitivas e afectivas das atitudes, elas organizam-se de forma estável e duradoura, não

causando tensão e sem motivarem qualquer mudança, verificando-se o oposto quando não existe coerência, sendo difícil a formação de atitudes, as quais só se vêm a estruturar definitivamente quando for alcançado um estado de consistência entre os elementos.

• **Aspectos Baseados na Teoria do Reforço**

- a) A posição de Hovland *et al.* (1953) enquanto investigadores do Grupo de Yale traduz-se por considerarem que a base das atitudes é o reforço ou a punição que se segue após a expressão de um comportamento. Assim quanto, à formação de atitudes assumem uma posição behaviorista na qual o reforço que se segue a um comportamento tende a consolidar um comportamento e uma atitude X subjacente ao mesmo, enquanto um estímulo inverso promoverá a extinção da resposta e impossibilitará a estruturação de uma atitude. No entanto, os autores citados, apenas utilizaram alguns conceitos behavioristas, não tendo apresentado uma teoria específica relativamente às atitudes.
- b) A posição de Doob (1947) tem um carácter behaviorista, pelo que uma atitude é uma variável interveniente entre um determinado estímulo e o comportamento correspondente, considerando-a como uma resposta implícita, regendo-se a sua formação pelos paradigmas das teorias da aprendizagem relativamente à aquisição de determinadas respostas. Segundo Doob quando existe um estímulo este conduz a uma resposta implícita (atitude) e se consubstancia num comportamento implícito. Esta sequência pressupõe anteriormente: percepção, força do hábito aferente e eferente função de pulsão. No entanto este autor admite que um comportamento é função de várias determinantes e não apenas da resposta implícita (atitude) ao estímulo em causa, podendo intervir outros hábitos, pulsões ou outras atitudes previamente adquiridas. Desta forma, é difícil ou impossível prever com exactidão o comportamento de um sujeito através do conhecimento da sua atitude face a uma situação específica, e desta interacção de factores que, influenciam o comportamento explícito é difícil deduzir ou medir com exactidão a atitude, já que o comportamento é função da atitude e de outros factores.

• **Determinantes ambientais e caracterológicas**

Para além dos aspectos Metateológicos relativos à formação das atitudes é igualmente importante considerar o papel das características da personalidade e as situações ambientais.

Smith *et al.* (1956) mostraram que as atitudes fazem parte da personalidade do sujeito. No entanto, um dos estudos que mais põs em evidência o papel desempenhado pelas características da personalidade na formação de certos tipos de atitudes foi desenvolvido

por Adorno *et al.* (1950) e ficou conhecido pelo título “A Personalidade Autoritária”. De acordo com estes autores, a personalidade autoritária é caracterizada pelo ingrupismo (valorização exclusiva do grupo a que pertence e rejeição de todos os demais), gosto pelo exercício da autoridade, facilidade em submeter-se aos ditames emanados de autoridades previamente aceites, rigidez no sistema de crenças e valores, etnocentrismo, concepção religiosa compulsiva baseada na ideia de erro e punição, puritanismo. Este tipo de personalidade conduz a atitudes de extremismo, posições políticas de direita, horror à ambiguidade e preconceito contra minorias (Rodrigues, 1996).

As situações ambientais (sociais) assumem igualmente um papel relevante na formação das atitudes através dos estudos realizados por Newcomb (1943), Centers (1949), e Shomer e Centers (1970), foi possível identificar a influência dos contextos ambientais na formação das atitudes.

Assim, Newcomb (1943) demonstrou como o ambiente universitário, a partir do momento em que passou a desempenhar o papel de grupo de referência para o estudante, pode modificar as suas atitudes. Mais tarde, em 1967, Newcomb *et al.* complementaram o estudo anterior mostrando que as atitudes formadas no decurso da aceitação de um novo grupo de referência tendem a perpetuar-se.

Centers (1949) identificou algumas atitudes que prevalecem em grupos sociais específicos. Este autor demonstrou que os sujeitos de classes sociais diferentes assumem atitudes coerentes intraclasses e diferentes interclasses, por exemplo quando se referem a atitudes políticas de conservadorismo ou radicalismo, direcção do voto e valorização do sindicalismo.

Shomer e Centers (1970) destacaram ainda a influência da composição do grupo na intensidade da atitude pré-feminismo, verificando-se que os grupos que mostravam atitudes mais favoráveis aos direitos da mulher eram aqueles em que havia uma única mulher; enquanto nos grupos constituídos só por homens demonstravam atitudes muito mais desfavoráveis. Quanto à atitude em relação a um objecto em que a composição quanto ao sexo não fosse relevante, não verificaram diferenças de atitude em função da sua própria composição grupal.

3.6. As funções das atitudes

3.6.1. Considerações prévias

Do ponto de vista pragmático as atitudes têm como funções quatro respostas possíveis, de acordo com as teorias que as suportam: as teorias que destacam as funções motivacionais das atitudes, as que salientam as funções cognitivas e dentro destas existem as que demarcam o papel de orientação para a acção e as que revelam as funções sociais das atitudes.

3.6.2. Funções motivacionais

A origem do primeiro tipo de abordagem deveu-se a autores com formação psicanalítica como Katz (1960), que depois foi continuado por outros autores (por exemplo, McGuire, 1969), os quais foram unânimes ao destacarem a importância do estudo das atitudes no plano das funções que as mesmas representam para os indivíduos que as professam. Katz (1960), na perspectiva que designou como funcionalista, (e outros autores), definiram funções específicas para as atitudes. Contudo, outros investigadores, dos quais se destaca Herek (1986), sistematizaram-nas em duas grandes categorias: funções instrumentais ou avaliativas e funções simbólicas ou expressivas. As primeiras ligadas à avaliação de custos e benefícios de cada atitude, sendo o melhor ajustamento social o critério que leva o indivíduo a optar por cada uma delas, de tal forma que maximiza as recompensas sociais e minimiza as punições. Por outro lado, as funções expressivas estão relacionadas com a utilização das atitudes para transmitir valores ou a identidade do sujeito, o que possibilita a protecção contra conflitos internos ou externos e a preservação da auto-imagem.

3.6.3. Funções cognitivas das atitudes

As perspectivas com que actualmente são encaradas as funções cognitivas das atitudes tem por base o estudo dos autores cognitivistas dos anos 50. Estes partiram de pressupostos motivacionais, tentando salientar a importância de alguns princípios gerais na forma como se organiza a cognição humana, nomeadamente, as atitudes. Os princípios a que nos referimos anteriormente são oriundos de duas teorias da psicologia social: o primeiro do equilíbrio e o segundo da redução da dissonância (Lima, 1993).

As funções cognitivas das atitudes têm sido referidas pelos autores mais recentes, como ligadas à forma como as mesmas influenciam a forma de processamento de informação.

Heider (1958–1970) formulou o princípio do equilíbrio para definir o princípio organizador do “Ambiente Subjectivo” do sujeito, ou seja, como ele percepção o meio em que

vive. Neste ambiente subjectivo o autor considera três conceitos básicos: o de indivíduo, o de entidade e o de relação:

- a) *indivíduo*: aquele sujeito que percebe, que constrói o ambiente subjectivo, procurando de uma forma activa dar sentido ao que o rodeia;
- b) *entidade*: pessoa ou objecto físico ou social que existe no meio, envolvendo o sujeito; e
- c) *relação*: sentimento positivo ou negativo de duas pessoas ou um sujeito e um objecto.

O ambiente subjectivo é assim, nesta teoria, considerado como um “conjunto de entidades e das suas relações, de acordo com a percepção que o indivíduo tem delas”. Para Heider, o estado de equilíbrio define-se como “Estado harmonioso em que as entidades que estão na situação e os seus sentimentos se ajustam sem tensão”. Este autor criou o postulado de que como princípio organizador de edificação do ambiente subjectivo, são preferidas as situações equilibradas às situações desequilibradas, pelo facto de serem mais perceptivas (gestaltismo) e evitarem a tensão. Como consequências práticas no processamento de informação, destacamos a importância das atitudes como sinalizadoras da realidade.

Estudos recentes na linha da actual psicologia social cognitiva, de que é representante Pratkanis (1988), vieram confirmar as provisões da teoria do equilíbrio, porque salientam igualmente que as atitudes funcionam como uma arte de inventar ou descobrir por inferirem factos em situações ambíguas, através da procura de estruturas cognitivas equilibradas. As atitudes assumem um efeito de selecção na (re)construção dos factos passados, e influenciam a percepção da realidade do dia a dia. Utilizando o tempo de acesso à informação, Sentis e Burnstein (1979) mostraram que uma tríade equilibrada é memorizada como uma única unidade cognitiva e é recuperada de uma vez só, o mesmo não se passando com as estruturas desequilibradas, que são arquivadas em várias unidades.

O princípio da redução da dissonância cognitiva foi o estudo desenvolvido por Festinger (1957) e vem esclarecer a necessidade existente nos sujeitos de encontrarem consonância entre as diversas cognições que têm sobre um só objecto. Existem dois conceitos fundamentais nesta teoria: cognição e dissonância.

Para Festinger, o conceito de cognição significa tanto pensamentos, como atitudes e crenças dos sujeitos, assim como os comportamentos, desde que os mesmos sejam conscientes quando têm uma representação cognitiva. De acordo com Lima (1993), são exemplos de cognição: “sou uma pessoa atenciosa”, “acho que as escolas são instituições repressivas”,

“esqueci-me dos anos da minha mulher”, ou “sei que fumar provoca o cancro nos pulmões”.

A existência simultânea de cognições que não se ajustam entre si, é considerado por Festinger por dissonância: uma cognição implica a presença do contrário na segunda cognição. Segundo Lima (1993), “(...) se um homem se considerar uma pessoa atenciosa e verificar que se esqueceu dos anos da sua mulher”, “(...) uma pessoa sabe que vive numa zona sísmica e não tomou qualquer acção preventiva”, estas situações ilustram situações de dissonância cognitiva. Brown (1965) pragmaticamente definiu algumas utilizações das conjunções adversativas como *mas*, *porém*, *todavia*, *contudo*, como indicadores da existência da dissonância cognitiva, funcionando como sinal para o receptor estar atento relativamente à mensagem da segunda parte da frase a qual vai contra o que se referiu na primeira.

Tal como na perspectiva de Heider, o princípio básico desta teoria tem bases motivacionais e assenta no princípio de que do ponto de vista psicológico quando o sujeito se sente numa posição desagradável, este facto constitui uma forte motivação e activação orgânica para a eliminação ou redução do estado de dissonância cognitiva. A activação psicofisiológica (Fazio e Cooper, 1982) é tanto maior, quanto maior for a dissonância cognitiva.

O processo de redução da dissonância passa igualmente por uma actividade cognitiva, a qual se baseia num aumento do número ou importância das cognições consonantes e/ou na diminuição do número ou da importância das cognições dissonantes (Lima, 1993).

A redução da dissonância pode ser considerada como um exemplo de como as atitudes induzem ao processamento de informação através “da procura activa de informação relevante relativamente ao objecto de atitude” (Lima, 1993). Existem várias formas sob as quais a redução da dissonância se pode manifestar: (a) diminuir o número ou a importância dos argumentos dissonantes, e (b) aumentar o número ou a importância dos argumentos consonantes.

Dos efeitos que são consequência directa do facto de se pôr em prática o princípio da redução da dissonância cognitiva destacamos os seguintes:

- a) Face a um determinado objecto, a atitude do indivíduo demarca a exuberância com que o mesmo tem diferentes classes de argumentos (Eiser e van der Pligt, 1984); e
- b) A Teoria da dissonância cognitiva tem igualmente contribuído para outra área de estudo “Aprendizagem Selectiva”, ou seja, a facilidade de aprender e memorizar sobre temas que comprovam as atitudes dos indivíduos.

Os resultados são contraditórios nos estudos empíricos realizados sobre essa área de estudo. Todavia, importa referir que, por vezes, as pesquisas são difíceis de equiparar, uma vez

que as tarefas no teste de aprendizagem não são iguais e a importância da atitude dos sujeitos também sofre variações. Num estudo levado a cabo por Zanna e Olson (1982) verificou-se que a existência de uma relação entre atitude e memória, mas só para indivíduos com uma auto-estima elevada e um *locus* de controlo interno. Estes autores consideram que os resultados obtidos parecem apontar para o grande valor das variáveis de personalidade na verificação da hipótese de aprendizagem selectiva.

Os estudos sobre as duas teorias, não obstante as suas diferenças, indicam que as atitudes auxiliam na estruturação da informação, permitindo, via processo cognitivo de categorização, sinalizar o mundo do ponto de vista das dimensões avaliativas, funcionando ainda na pesquisa activa de informação que suporta a nossa posição, uma vez que as atitudes são subjectivas e avaliativas (Lima, 1993). Segundo a opinião de alguns autores, existem funções das atitudes ligadas mais estreitamente ao processamento da informação, as quais reflectem as mesmas como qualquer outra estrutura cognitiva; a saber como *scripts* (Abelson, 1976) ou como *schemata* (ex. Crocker *et al.* 1984). Estes cientistas ignoram a componente afectiva das atitudes e destacam as semelhanças das mesmas com outras estruturas do conhecimento (conteúdo, estrutura e processamento memorial).

Quando existe uma ligação forte entre o objecto da atitude e a dimensão de avaliação, Lima (1993) considera que existe uma atitude forte. No estudo realizado por Fazio *et al.* (1986) (citado por Lima, 1993) verificou-se que, quando existe uma atitude forte, ela é mais acessível à memória e é impulsionada de forma automática quando o indivíduo se confronta de modo directo com o objecto da atitude; estes resultados demonstram que as atitudes mais significativas para o sujeito representam de uma forma clara um papel na sua organização da percepção do mundo, pelo facto de ser automaticamente activadas, libertando a pessoa de pensar e de avaliar o objecto da atitude.

3.6.4. Funções Sociais

As atitudes podem ser encaradas como uma tomada de posição relativamente a um estímulo equívoco (objecto de atitude), destacando-se o seu carácter eminentemente social no processo de aquisição das atitudes sociais a nível pessoal, assim como as funções que representam. Existem dois domínios (Lima, 1993) que se salientam nas funções sociais das atitudes: a identificação com o grupo e a diferenciação intergrupala.

“Os estudos sobre desenvolvimento do etnocentrismo nas crianças mostram bem a importância da interacção social na formação de atitudes semelhantes, as que são partilhadas

pelos outros membros do seu grupo social” (Lima, 1993). Mas também outros autores se dedicaram a esta área de estudo, importando referir Milner (1983), o qual considera que as crianças estão na dependência da influência social (pais, professores, televisão) na construção das suas atitudes. Este facto pode ainda ser agravado porque, sobretudo as crianças com idades muito baixas, não distinguem a objectividade do discurso sobre o mundo, construindo as suas atitudes em grande parte através de um processo de imitação reforçante e reforçado nos modelos relevantes. Segundo Milner (1983) esta imitação é condicionada por três tipos de índices sociais: índices directos, índices indirectos e índices de papel.

As atitudes nacionais e étnicas foram estudadas, entre outros autores, por Piaget e Weil (1951) e por Tajfel e Jahoda (1966), no âmbito do seu processo de formação, os quais referem que a preferência nacional se manifesta precocemente. Mas apesar desse facto, verificou-se uma evolução qualitativa sobre a forma de raciocinar sobre a sua pátria e de justificar o etnocentrismo, observável durante o desenvolvimento da cognição infantil.

A formação das atitudes tem uma importância crescente na construção e na preservação das identidades grupais, na integração dos indivíduos nos grupos sociais e de uma forma mais genérica na manutenção do *status quo* (Lima, 1993).

As atitudes têm ainda enquanto sistema de crenças e opiniões socialmente construídas e partilhadas, embora a um nível mais parcial e circunscrito, as funções das representações sociais que Lima (1993) define como “Organização significativa do real, explicação e argumentação e diferenciação social”.

3.6.5. Funções de orientação para a acção

A questão fulcral que surge na área de estudo “atitudes” pode resumir-se da seguinte forma: *é possível prever o comportamento dos indivíduos ao conhecerem-se as suas atitudes?*

Para os investigadores que inicialmente estudaram as atitudes, está implícito a coerência entre atitudes e comportamentos, o que reforçou o destaque que sempre foi dado pelos psicólogos (sociais) à elaboração de escalas de atitudes. Na década de 30, LaPierre (citado por Lima, 1993) colocou a questão do poder preditivo das atitudes através do estudo realizado a propósito do facto de existir nos EUA um grande preconceito contra os chineses. A polémica foi instaurada e outros estudos foram realizados pelo mesmo autor e outros, como Kutner *et al.* (1952), chegando-se mesmo ao extremo de alguns autores considerarem inútil a prática do estudo das atitudes como preditores do comportamento humano, reservando-lhe no limite o papel de fundamentar o comportamento anterior (Lima, 1993).

Esta perspectiva radical de afastamento entre pensamento e acção, levou a que a psicologia social ligada às teorias cognitivistas desenvolvesse projectos de investigação com o intuito de explicar esta discrepância e a correlação entre estas variáveis. Destacaram-se Fishbein e Ajzen (1975), os quais continuaram a defender que as atitudes podem funcionar como preditores do comportamento humano. No entanto, consideraram que existem atitudes gerais (face a um objecto) e atitudes específicas (comportamento relacionado com objecto da atitude).

Na “Teoria da Acção Reflectida” proposta pelos autores atrás citados, todo o comportamento é assumido como uma escolha, uma opção entre várias alternativas, sendo o melhor preditor do comportamento a própria intenção que o mesmo encerra. Enquanto que a atitude específica é só um dos dois factores na tomada de decisão, o segundo factor está relacionado com as pressões grupais e interpessoais que interferem com a operacionalização do comportamento.

Nos trabalhos relativos à “Teoria de Acção Reflectida”, verificaram-se correlações significativas entre a intenção e o comportamento, mas variações nas mesmas relacionadas com a proximidade no tempo do comportamento, a especificidade da situação e experiência anterior. Segundo Fishbein e Ajzen, as atitudes gerais do indivíduo, assim como outras variáveis de carácter mais global (estatuto sócio-económico), revelaram-se com fraco valor em função das atitudes específicas e das normas subjectivas. Este modelo considera ainda uma variável intermédia que se refere ao peso relativo das atitudes e das normas e na definição da intenção do comportamento.

Uma outra perspectiva foi introduzida por Schlegel e Ditecco (1982), na qual se salienta a elaboração das próprias atitudes como forma de relacionamento com o comportamento. Para estudos longitudinais estes autores referem que quanto maior o envolvimento com o objecto, mais complexa a atitude, o que influencia a própria relação atitude-comportamento, tornando-se mais consistente. Apesar dos aspectos atrás citados, verificou-se ainda que a relação é mais elevada quando a avaliação não é unidimensional e tem em conta a complexidade da estrutura das próprias atitudes no seio de cada um dos grupos estudados.

3.7. Componentes das atitudes

3.7.1. O comportamento cognitivo

Para existir uma atitude em relação a um objecto é necessário que se tenha alguma representação cognitiva deste objecto. Se questionarmos um agricultor ribatejano qual a sua atitude em relação ao sistema de clonagem num Biotério, é pouco provável que o mesmo responda de forma que indique uma atitude deste indivíduo face a este assunto. Contudo, se o mesmo for questionado sobre qual a sua posição face ao tipo de rações dos animais pelos quais é responsável, provavelmente este sujeito tem uma representação cognitiva estruturada e também expressa um afecto positivo relativamente às rações com que alimenta os seus animais.

A expressão de uma carga afectiva pró ou contra um objecto social, definido, implica que se tenha alguma representação cognitiva sobre o referido objecto, constituindo a **componente cognitiva da atitude**. No entanto, muitas vezes, a representação cognitiva que o indivíduo tem sobre um objecto social é vaga ou errada. Quando a mesma é vaga, o afecto relativamente ao objecto tem tendência a ser pouco intenso; quando é errada, isso em nada alterará a intensidade do afecto, o qual será coincidente com a representação cognitiva que o indivíduo tem do objecto, seja ela coincidente com a realidade ou não (Rodrigues, 1996).

- **A componente afectiva**

Para alguns autores (Fishbein e Raven, 1962; Fishbein, 1965, 1966) a componente afectiva, definida com o sentimento pró ou contra um objecto social, é única característica das atitudes.

Para Fishbein as crenças e os comportamentos ligados a uma atitude são elementos pelos quais é possível medir a atitude mas não são parte integrante da mesma. Uma atitude é uma variável interveniente, ou seja: inferível de um facto mas não directamente observável, sendo medida através de aspectos observáveis relacionados com ela.

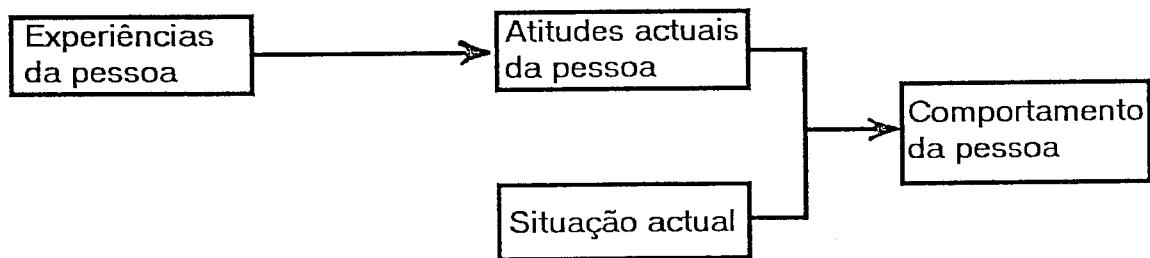
As atitudes diferem das crenças e das opiniões, embora as mesmas se integrem numa atitude, suscitando um afecto positivo ou negativo em relação a um objecto e predispondo para a acção, não estão necessariamente impregnados de conotação afectiva.

- **A componente comportamental**

De uma forma geral os psicólogos são unânimes ao afirmar que as atitudes têm uma componente activa, que é incitadora de comportamentos coerentes com as cognições e os afectos relativos aos objectos a que se referem as mesmas (Rodrigues, 1996). A relação entre atitudes (do ponto de vista afectivo) e o comportamento constituem um dos motivos pelos

quais as atitudes, desde há muitos anos, despertaram a atenção dos psicólogos, ao ponto de já em 1918 Thomas e Znaniecki definirem a psicologia com “o estudo científico das atitudes”. Não existe contudo unanimidade de posições em relação ao papel psicológico representado pelas atitudes relativamente ao comportamento a elas ligado. As atitudes humanas para Newcomb *et al.* (1965) proporcionam um estado de prontidão que, ao ser activado por uma motivação específica, dará origem a um determinado comportamento; porém, para outros autores como Krech e Crutchfield (1948), Smith *et al.* (1956) e Katz e Stotland (1959) as atitudes são a própria força motivadora da acção.

Do ponto de vista de Newcomb *et al.* (1965) o papel das atitudes na determinação do comportamento pode ser representada de acordo com a figura 3.1.



*Figura 3.1— Papel das atitudes na determinação do comportamento
(Adoptado de Newcomb et al., 1965)*

É possível verificar na representação de Newcomb *et al.* (1965) que as atitudes predis põem à acção e quando se reúne com uma situação específica desencadeante, resulta em comportamento.

Este carácter conducente à acção, quando a situação o predis põe, permite considerar as atitudes como bons preditores de comportamentos. No entanto, nem sempre existe uma absoluta coerência entre os comportamentos cognitivos, afectivos e comportamentais das atitudes, por exemplo muitas pessoas dizem-se católicas, protestantes ou israelitas, mas não têm comportamentos de acordo com os preceitos dessas religiões (Rodrigues 1996).

Em síntese, considera-se importante ressaltar que as atitudes são constituídas por um elemento cognitivo (o objecto tal como é conhecido), um elemento afectivo (o objecto como alvo de sentimento pró ou contra) e um elemento comportamental (a combinação de cognição e afecto como promotor de comportamentos em determinadas situações).

3.7.2. Atitude e comportamento

Segundo as Metateorias psicossociais conhecidas como teorias de consistência (Festinger, 1957; Heider, 1958) as três componentes das atitudes devem apresentar-se consistentes. No mínimo seria estranho se alguém fosse atraído por um objecto que o próprio, do ponto de vista cognitivo, considera como possuidor de aspectos negativos ou vice-versa. No entanto, muitas vezes verificam-se incongruências entre as atitudes e os comportamentos exprimidos pelas pessoas.

Mas Triandis (1971) chamou a atenção para o seguinte “(...)seria ingénuo entretanto, concluir a partir destes resultados que não há relação entre atitude e comportamento. O que é necessário que se entenda é que atitudes envolvem o que as pessoas pensam, sentem, e como elas gostariam de se comportar em relação a um objecto atitudinal. O comportamento não é apenas determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer mas também pelo que elas pensam que devem fazer, isto é, normas sociais, pelo que elas geralmente têm feito, isto é, hábitos e pelas consequências esperadas do seu comportamento”. Sendo ainda de referir que, as pessoas têm atitudes em relação a alguns objectos específicos de uma situação e relativamente à situação concreta (Campbell, 1963).

Pelo facto de se expressarem atitudes em relação a determinados objectos e em contextos situacionais nos quais os mesmos estão incluídos explica à primeira vista algumas das inconsistências entre atitude e comportamento. Assim, de acordo com Newcomb *et al.* (1965) o comportamento é uma resultante de múltiplas atitudes.

• Interesse Investido? No conteúdo da atitude e a relação Atitude/Comportamento

Na década passada, Sivacek e Crano (1982) fizeram um estudo da relação entre atitude e comportamento, do qual é possível inferir que a correspondência entre atitudes e comportamento será tanto maior, quanto maior for o interesse manifestado pela pessoa no conteúdo da própria atitude. O estudo desenvolvido pelos investigadores citados desenvolveu-se nos EUA, no estado do Michigan, no período que antecedeu as eleições de 1989, e detectaram, utilizando um questionário junto dos estudantes da Universidade de Michigan State que o interesse sobre a proposição que elevaria de 18 para 21 anos como idade mínima para consumir álcool era distinto, sendo maior para os estudantes menores de 21 anos do que para os que tinham uma idade superior. Este trabalho de investigação permitiu aos seus responsáveis inferir que é maior a correspondência entre atitudes e comportamentos quando o interesse pessoal é mais significativo e directamente envolvido no objecto ou tema sobre os quais a atitude se refere.

• **A Teoria da Acção Reflectida de Fishbein e Ajzen (1980) e a relação Atitude/Comportamento**

A Teoria da Acção Reflectida de Fishbein (1967) e Ajzen e Fishbein (1980) constitui uma contribuição significativa no estudo da relação entre atitude e comportamento. Estes autores preferem caracterizar nas atitudes apenas o aspecto afectivo (conjuntamente com outros factores) e avaliar o seu papel na formação de uma intenção de comportamento, o qual pode constituir um bom preditor do comportamento do indivíduo.

Estes autores consideram duas componentes, passíveis de serem determinadas e que podem prever instruções que, por sua vez, predizem comportamentos. Estes comportamentos são: as atitudes da pessoa relativamente a um acto em particular e a percepção do que outras pessoas esperam que a mesma faça e a sua motivação em confrontar-se com essa expectativa (norma subjectiva) (Rodrigues, 1996).

As atitudes e a norma subjectiva podem ser avaliadas através de escalas apropriadas. No caso das atitudes utilizam-se escalas avaliativas e no caso das normas subjectivas recorre-se a escalas probabilísticas. Os autores desta teoria consideram assim que a intenção de perpetuar um comportamento específico é função da soma ponderada destes factores, sendo a ponderação determinada através da seguinte equação e regressão: $IB = f(P_1A + P_2NS)$, em que, IB é a intenção do comportamento, P_1 é o peso determinado em relação às atitudes, A são as atitudes, P_2 é o peso determinado em relação à norma subjectiva e NS é a norma subjectiva (Rodrigues, 1996).

Fishbein e Ajzen (1975) procuraram ainda explicar os antecedentes da formação das atitudes e a norma subjectiva. Considerando que as atitudes são influenciadas pelas crenças relativamente aos resultados obtidos em determinadas situações ou consequências de comportamentos específicos, enquanto a norma subjectiva é a consequência das crenças sobre os julgamentos de outros indivíduos em relação ao seu próprio comportamento. Assim em 1980 Ajzen e Fishbein apresentaram um modelo que pode ser representado como se ilustra na figura 3.2.

Tendo como referência este modelo para se prever a intenção de alguém para desenvolver um comportamento específico, é necessário determinar as suas atitudes em relação ao comportamento. Para além disso, é ainda necessário determinar o valor atribuído pela pessoa à norma subjectiva, ou seja à percepção que ela própria tem das avaliações dos outros sujeitos relativamente ao facto dela manter e perpetuar o comportamento em causa. Quando se consegue determinar a amplitude dos factores anteriormente referidos e a intenção do sujeito

em concretizar o comportamento, pode-se igualmente determinar o peso relativo de cada um dos factores na predição da intenção através de uma equação de regressão. Através destes elementos pode-se determinar de forma objectiva a intenção do indivíduo em emitir um comportamento específico de acordo com a equação anterior e assim determinar o comportamento que deve vir a ser expresso (Ajzen e Fishbein, 1980).

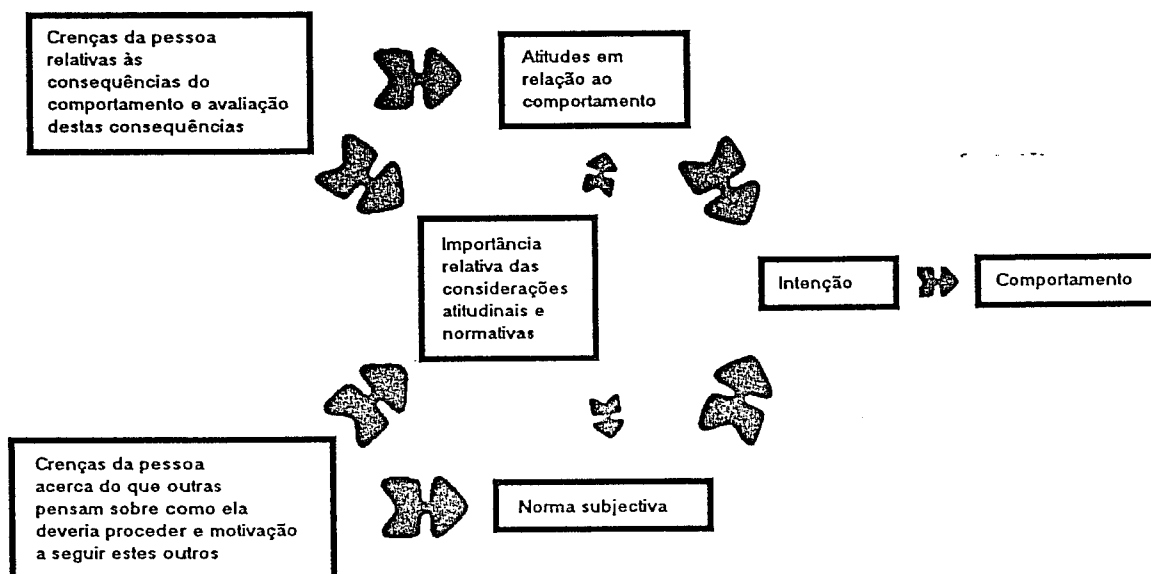


Figura 3.2 — Adaptação do modelo de Ajzen e Fishbein (1980)

Uma das inovações do Modelo de Fishbein e Ajzen é o facto destes autores considerarem que se deve estudar e compreender o comportamento humano separando bem o papel que as crenças e as atitudes têm como promotores do próprio comportamento. Por outro lado, a determinação das crenças subjacentes aos componentes do modelo podem permitir à *posteriori* a construção de “mensagens” persuasivas com vista a alterar as mesmas no sentido considerado como o mais adequado (Ajzen e Fishbein, 1980).

O modelo que estes autores propuseram ainda não está concluído tal como eles próprios reconhecem, mas outros investigadores têm continuado a desenvolvê-lo. Assim, Gorsuch e Ortberg (1983) vêm sugerir que, quando os comportamentos envolvem aspectos morais, ao modelo referido anteriormente deve ser acrescentado outra componente: a medida de obrigação moral. Contudo do ponto de vista destes autores, esta componente, tem uma correlação mais forte com a intenção comportamental do que com as atitudes ou é mesmo subjectiva quando a situação envolve aspectos morais, o mesmo não se verificando quando os mesmos não estão presentes.

3.8. Atitudes e outros processos psicológicos

3.8.1. Atitudes e Percepção

As atitudes na opinião de alguns autores (Cooper e Jahoda 1947; Cantril, 1954; Thibaut e Riecken; 1955; Secord *et al.*, 1956) como um dos processos psicológicos podem alterar a correspondência entre o estímulo distante e o estímulo percebido. Alguns estudos dos investigadores atrás citados demonstraram que, o facto de se possuir determinadas atitudes, influenciam a forma de perceber a realidade e quanto mais ambíguo for o estímulo, maior será o papel desempenhado pelas atitudes do indivíduo na sua representação cognitiva. São exemplos típicos, o papel desempenhado pelas atitudes na constituição da percepção: os relatos feitos por dois adeptos acerca da decisão de um árbitro numa partida após um jogo importante, ou os depoimentos de dois partidários de dois partidos políticos acerca de um mesmo facto político.

3.8.2. Atitudes e Motivação

Ao definir conceito de atitude verificou-se que a mesma pode desempenhar um papel fundamental e fomentador para a acção. Todavia as opiniões dos autores dividem-se relativamente ao seu papel meramente pré-disponente. Ainda assim, não há dúvidas que as atitudes constituem um elemento fundamental para a compreensão do fenómeno psicológico da motivação (Rodrigues, 1996).

3.8.3. Atitudes e Aprendizagem

Ao considerar-se que as atitudes influenciam os processos de percepção e de motivação, pode inferir-se que as mesmas desempenham um papel relativante no processo de aprendizagem e é aceitável do ponto de vista hipotético considerar-se que, em termos de aprendizagem, a mesma é facilitada quando as atitudes de uma pessoa são coerentes com o próprio conteúdo da própria aprendizagem. Nos estudos realizados por Levine e Murphy (1943) acerca das atitudes e aprendizagem verificou-se que as curvas de aprendizagem e de esquecimento mostraram que os indivíduos aprendem mais rápido e esquecem menos rapidamente os conteúdos das aprendizagens que fazem um todo coerente com as suas atitudes iniciais.

3.9. Mudança de atitude

As atitudes apesar de serem relativamente estáveis são passíveis de mudança. A quantidade de informação a que o sujeito se expõe é enorme e o aperfeiçoamento dos meios de comunicação conduziu o Homem a um novo espaço cultural, em que a rádio e a televisão passaram a ter um papel determinante na divulgação e veiculação de ideias e notícias que podem provocar mudança de atitudes (Rodrigues, 1990).

Tal como foi referido anteriormente as atitudes integram, as componentes cognitivas, afectiva e comportamental as quais se influenciam mutuamente com vista à obtenção de um estado de harmonia. Assim, quando se verifica mudança numa destas componentes a mesma pode modificar os outros, uma vez que o sistema é accionado como um “todo” quando uma das componentes sofre alteração (Rodrigues, 1996).

A mudança de atitude pode ocorrer devido a uma informação nova, a uma nova experiências ou a um novo comportamento para cumprir normas sociais ou outro tipo de agente com capacidade de promover comportamentos, criando um estado de inconsistência entre as componentes atitudinais que pode implicar uma mudança (Rodrigues, 1996).

• Mudança do comportamento cognitivo

A mudança da componente cognitiva pode implicar igualmente mudança na componente afectiva e comportamental (Deutsch e Collins, 1951).

Estes autores desenvolveram um estudo onde verificaram que pelo facto de uma pessoa ser preconceituosa relativamente a indivíduos negros redundava na alteração da sua atitude negativa apresentada inicialmente contra as pessoas dessa raça. O estudo reuniu as provas necessárias e suficientes para sustentar a tese de que o motivo da mudança se deveu ao facto da pessoa preconceituosa ter verificado que muitas das suas crenças acerca dos negros eram falsas e através do convívio com eles, essas crenças foram modificadas, o que suscitou uma reestruturação cognitiva com vista a modificar as componentes afectiva e comportamental directamente ligadas a essas crenças, o que resultou na extinção do preconceito e num comportamento amistoso em relação aos negros (Deutsch e Collins, 1951).

• Mudança da componente afectiva

Por vezes, verifica-se após uma desavença sem fundamento cognitivo e assiste à modificação da relação afectiva entre dois indivíduos ou entre o sujeito e o objecto atitudinal. Esta mudança da componente afectiva pode conduzir a comportamentos hostis e a atribuir-se

defeitos (componente cognitiva) que justificam a consistência da mudança do afecto. No entanto, por um motivo ou por outro, um sujeito passa a gostar de uma pessoa de quem não gostava anteriormente e todos os defeitos passam a ser percebidos de forma atenuada ou até mesmo como virtudes. Nos cenários políticos é frequente assistir-se a situações desta natureza (Rodrigues, 1996).

- **Mudança na componente comportamental**

O facto de por vezes os indivíduos cumprirem a prescrição de um determinado comportamento, poder resultar na reorganização dos comportamentos cognitivos e afectivos em relação ao objecto atitudinal, tornando-o alvo de uma atitude positiva. Quando os indivíduos são colocados perante “um facto consumado” é frequente tornar as crenças e os afectar com os comportamentos que se exibem por necessidade de reencontrarem o seu próprio equilíbrio.

- **Influência do fenómeno da comunicação na mudança de atitude**

Segundo Hovland *et al.* (1953) é necessário que existam estímulos para que uma pessoa mude de atitude e a mesma deve ser induzida através de incentivos e reforço para que passe a fazer parte integrante do repertório comportamental do sujeito. Esta abordagem deriva directamente de um paradigma da teoria geral da aprendizagem centrada no reforço. Assim em face desta posição teórica, a comunicação para ser persuasiva, deverá ser portadora de estímulos capazes de gratificar o sujeito que recebe a mensagem promovendo a sua adopção. Na opinião de Hovland *et al.* a credibilidade e competência do comunicador são características fundamentais para comunicar de forma persuasiva e eficaz. Porém o receptor considera o emissor competente, mas percebe também que ele é parte interessada na mensagem que está a veicular. Esta última percepção provocará suspeitas e desconfiança da sinceridade do emissor, diminuindo a eficácia da tentativa de persuasão e mudança de atitude.

Sobre o papel do emissor na mudança de atitude do receptor da mensagem Asch (1952) apresentou outra explicação considerando que se pode verificar uma mudança de objecto de julgamento em vez de uma mudança no julgamento o objecto.

- **Influência da forma de apresentação da comunicação no fenómeno da mudança de atitude**

- a) **ordem de apresentação dos argumentos**

A questão que melhor traduz esta forma de apresentação e uma comunicação persuasiva é: “será mais eficaz para efeitos de mudança de atitude a apresentação dos argumentos

mais importantes em primeiro lugar ou em último lugar” (Rodrigues, 1996). Ou seja: deve-se utilizar uma técnica centrada nos argumentos mais eloquentes em primeiro lugar ou nos menos convincentes em último lugar.

Hovland *et al.* (1953) consideram que é mais eficaz apresentar a argumentação principal antes da secundária quando os receptores da comunicação estão pouco motivados. Esta estratégia desperta o interesse da audiência para o tema a ser apresentado. No entanto, quando a assistência está sintonizada com o emissor, o respeito da ordem dos argumentos do mais simples para os mais complexos é mais eficiente.

b) Apresentação ou omissão da conclusão

Apresentar a conclusão no âmbito da comunicação, tem como objectivo persuadir a audiência numa determinada direcção, parece à primeira vista mais eficaz do que permitir que seja a audiência a objectivar as suas conclusões. Todavia, a apresentação da conclusão torna o objectivo da comunicação mais claro e inequívoco, podendo ter o inconveniente de despertar sentimentos menos positivos na direcção do emissor, como por exemplo a parcialidade e tendenciosidade. O facto de se deixar a conclusão para os indivíduos que presenciam a comunicação, o emissor aparece como mais credível, menos interessado em conduzir os receptores da mensagem para os objectivos que tem em vista e provavelmente atingirá com mais êxito a sua tentativa de mudança de atitudes.

As características dos grupos para quem o emissor dirige a sua mensagem na opinião de Hovland e Mandell (1952), é igualmente importante. Assim, para audiências do ponto de vista intelectual e educacional menos estruturadas, a apresentação da conclusão é mais eficiente. Enquanto que para audiências mais organizadas do ponto de vista cognitivo e detentores de níveis de escolaridade médio, a apresentação da conclusão é tão eficaz quanto à não apresentação e por vezes é contraproducente (Rodrigues, 1996).

c) Comunicação unilateral e bilateral

A comunicação unilateral pode ser definida como aquela que apresenta apenas argumentos pró ou contra um tema, enquanto a comunicação bilateral apresenta as duas faces de controvérsia Rodrigues (1996).

Numa primeira análise quando a audiência é de um nível intelectual acima da média, a comunicação bilateral é mais eficaz, verificando-se o inverso para com indivíduos de nível intelectual abaixo da média e a comunicação unilateral tem mais sucesso. No entanto Hovland *et al.* (1949) consideram que, para além destes aspectos, outros poderão influenciar tais como: o facto da audiência ser ou não submetida posteriormente à

contrapropaganda. Assim, se esta está de acordo com a comunicação a forma unilateral será mais bem sucedida do que a bilateral. Por seu lado tem vantagens quando a audiência for solicitada pela contra propaganda, já que de alguma forma ficou imunizada contra futuras tentativas.

d) Quantidade e mudança de atitude

A quantidade de mudança de atitude constitui objecto de estudo por parte de vários investigadores dos quais se destaca, Hovland (1957) que considerou que “quando o emissor é de alta credibilidade, é possível obter maior quantidade de mudança de atitude e maior a mudança obtida observando-se o contrário quando o emissor é de baixa credibilidade”. Posteriormente Zimbardo (1960) confirmou esta hipótese assim como Bergin (1962).

Vários autores como Hovland *et al.* (1957) e Sherif *et al.* (1965) consideraram que existem três posições relativas ao objecto atitudinal: latitude da aceitação, latitude da rejeição e latitude de não-comprometimento.

- A latitude da aceitação refere-se ao facto de uma pessoa, relativamente a um tema, defender a posição mais aceitável, em conjunto com outras igualmente possíveis de aceitação. Sendo que estas não são exactamente aquelas com as quais a pessoa mais concorda mas, constituem posições que se encaixam no leque das possibilidades de concordância perante um objecto atitudinal.
- A latitude de rejeição é representada pela posição discordância face à atitude de uma pessoa relativamente a um tema, no entanto podem existir outras posições de discordância na mesma órbita.
- A latitude de não-envolvimento é constituída pelas posições que não são aceitáveis nem adoptadas pela pessoa relativamente a um tema.

Quando as atitudes de uma pessoa são muito extremas relativamente a um tema, a mesma é portadora de latitudes de aceitação e rejeição de magnitude inversa ou seja, quanto maior uma delas, menor a outra.

Tendo em conta esta concepção teórica, a comunicação persuasiva deve ser utilizada com pessoas cuja latitude de rejeição é muito grande de forma moderada e pouco extremista, já que o conteúdo da mensagem vai incidir na latitude de rejeição do indivíduo. Quando as pessoas a quem se dirige a comunicação têm uma latitude de não-envolvimento grande, podem-se fazer tentativas de mudança maiores, pois as latitudes de aceitação e de rejeição são pequenas (Rodrigues, 1996).

e) Natureza emocional ou racional

Para autores como Hovland *et al.* (1953) a maior ou menor eficácia da comunicação relativamente aos argumentos racionais ou emocionais não é muito linear. Estes consideram que a motivação e a comunicação dependem de predisposições tais como: atenção ao conteúdo verbal da comunicação, compreensão da mensagem de comunicação e aceitação das conclusões propostas pela comunicação.

Uma mensagem de conteúdo emocional predispõe o receptor a aceitar a comunicação persuasiva, despertando mais atenção para o seu conteúdo, aumentando a motivação para a compreensão da essência da comunicação e facilitando a aceitação das conclusões sugeridas. O factor curiosidade pode ser o responsável pela ocorrência destes fenómenos, assim como a interacção entre a comunicação e o grupo de pessoas que constitui a audiência, sendo que, quanto menos sofisticada intelectual e educacionalmente, melhores resultados podem ser obtidos através da utilização de argumentos emocionais Hovland *et al.* (1953).

f) Comunicação com argumentos que suscitam medo

Os investigadores não são unânimes quanto a esta questão. Assim para Janis e Feshbach (1953), quando o conteúdo de uma comunicação ameaça o receptor pronunciando consequências desagradáveis da não aceitação da mensagem persuasiva, este facto pode implicar uma maior aceitação da mensagem. Contudo, Janis e Milholland (1954) e Janis e Terwilliger (1962) apresentaram opiniões diferentes relativamente ao efeito persuasivo das mensagens que são portadoras de argumentos capazes de suscitarem medo, pois as mesmas podem promover defesas contra as ameaças, suscitando maior resistência à persuasão.

Embora o efeito do resultado de comunicações portadores de argumentos que podem suscitar medo ou outras emoções não esteja definitivamente estudado, há alguns indicadores que permitem apontar como “hipótese plausível a de que a estimulação de um estado emocional por uma comunicação e a recomendação de algo que venha a satisfazer a necessidade despertada pela comunicação redundam em maior eficácia da comunicação persuasiva” (Rodrigues, 1996).

• Influência do tipo de audiência

Alguns autores estudaram e apresentaram resultados experimentais sobre o efeito da personalidade dos receptores de informação e relativamente ao facto de eles fazerem parte ou não de grupos que apresentam coesão.

a) Personalidade do receptor de informação persuasiva

Autores houve que apresentaram resultados muito significativos sobre a correlação entre o tipo de personalidade e a susceptibilidade à persuasão. No estudo desses investigadores foram destacados como factores de personalidade passíveis de serem susceptíveis à persuasibilidade os seguintes:

- “Auto-estima: quanto maior a auto-estima, menos susceptível de influência será o indivíduo” (Rodrigues e Cavalcanti, 1971).
- “Autoritarismo: pessoas autoritárias são altamente influenciáveis por comunicadores de prestígio (...)” (Prado *et al.*, 1981).
- “Isolamento social: a sensação de isolamento social conduz a uma maior dependência de aprovação por parte dos outros, o que redundará em maior susceptibilidade à influência” (Rodrigues, 1996).
- “Maior ou menor riqueza de fantasias: pessoas mais propensas a fantasias são mais persuasíveis” (Rodrigues, 1996).
- “Sexo: Talvez devido ao papel mais passivo atribuído à mulher na nossa sociedade (o que dentro em breve não será mais verdadeiro), as pessoas do sexo feminino são um pouco mais persuasíveis que as do sexo masculino” (Rodrigues, 1996).
- Tipo de orientação vital: pessoas cujas valores são mais compatíveis com adaptação e conformidade são mais persuasíveis que aquelas cuja orientação vital valoriza a independência e o estabelecimento de objectivos e padrões pessoais” (Rodrigues, 1996).

b) Filiação a grupos sociais e susceptibilidade à influência

Segundo Kelley e Volkart (1952), quanto maior for a identificação do receptor da informação com o grupo, menor é a influência sobre ele de uma informação contrária às normas do grupo. Posteriormente Kelley e Woodruff (1956) verificaram através das suas investigações sobre este assunto que os membros de um grupo são mais susceptíveis de serem influenciados por uma comunicação realizada por um membro do seu próprio grupo do que se a mesma for realizada por um indivíduo estranho ao grupo.

Para os autores atrás citados, o aspecto relevante é a filiação do receptor da informação/comunicação a um grupo, a sua identidade relativamente ao mesmo e a referência positiva desempenhada pelo grupo para o indivíduo. No entanto, Sherif (1935) e Asch (1946) consideraram como factor determinante, pela susceptibilidade à persuasão, a pressão social exercida pelo outros grupos sociais, o outros indivíduos isoladamente ou a

sociedade em geral.

Estudos mais recentes realizados por Newcomb *et al.* (1967) referem que as atitudes construídas a partir da identificação a grupos de referência dão origem posteriormente a atitudes coerentes relativamente às iniciais, perpetuando-se por um período de tempo de aproximadamente 25 anos.

- **Mudança de atitude à luz de outros modelos teóricos**

- a) Mudança de atitude e o princípio do equilíbrio**

Para autores como Rodrigues e Newcomb (1980) o princípio do equilíbrio pode adicionar coerência e integração no estudo do processo de mudança de atitudes, quando interpretado à luz da teoria do equilíbrio de Heider, relativamente aos fenómenos que, influenciam a comunicação da informação e os efeitos de semelhança e contraste, assim como os que estão ligados à relação entre as componentes cognitivas, afectivas e comportamental das atitudes (Rodrigues, 1996).

- b) Mudança de atitude e a teoria da dissonância cognitiva**

A teoria da dissonância cognitiva de Festinger aponta para várias predições relativamente à direcção da mudança de atitude, sobretudo quando as duas cognições se apresentam em relação dissonante, verificando-se que a magnitude de incentivo, esforço dispendido, recompensa/agradabilidade, depende da influência de vários aspectos que podem proporcionar mudança de atitude no sentido de “formar” a nova atitude coerente com uma cognição que é difícil de mudar segundo Cohen (1964) “onde há pequenas recompensas, pouca coesão, muita escolha, alta auto-estima, um agente influenciador desagradável e um comportamento altamente discrepante, a dissonância será máxima e as atitudes mudarão no sentido de valorizar a posição discrepante com que uma pessoa se comprometer”.

Tentamos apresentar as diferentes perspectivas metateóricas que orientam a investigação sobre atitudes nas quais se verifica sempre a operacionalização do próprio conceito. Verificamos que a orientação teórica sobre as atitudes determina abordagens metodológicas com instrumentos de trabalho para medir as mesmas diferentes mas onde é salvaguardada a coerência entre a teoria e a técnica da medida.

Da revisão da literatura foi possível identificar, relativamente às funções das atitudes, diferentes orientações teóricas e podemos inferir que esta é uma área de estudo onde continua a ser actual a investigação científica porque muitas questões continuam em aberto.

Por último, consideramos que relativamente à área de estudo “mudanças das atitudes” não nos foi possível encontrar muita informação, pelo que consideramos que deverá ser igualmente um domínio de investigação em termos futuros.

4. Um estudo sobre atitudes dos fisioterapeutas na área da grande Lisboa e vale do Tejo face ao exercício e ao ensino

4.1. Metodologia

4.1.1. Objectivo e questões

O presente trabalho abordou as atitudes face ao exercício e ao ensino dos fisioterapeutas de algumas instituições de saúde da área da grande Lisboa e de uma ESTeS. Foram também objecto de análise as atitudes destes fisioterapeutas face ao actual quadro legal que regulamenta o exercício e o ensino da Fisioterapia. Procurou-se ainda as relações que existem entre as atitudes dos fisioterapeutas do exercício e do ensino.

Nesse sentido, formularam-se as questões seguintes:

1ª Questão: Quais as atitudes dos fisioterapeutas que exercem exclusivamente nas instituições de saúde face ao actual enquadramento legal do exercício e do ensino da Fisioterapia;

2ª Questão: Quais as atitudes dos fisioterapeutas que desenvolvem actividades docentes face ao actual enquadramento legal do exercício e do ensino de Fisioterapia; e

3ª Questão: Que atitudes são comparáveis entre os fisioterapeutas que exercem exclusivamente Fisioterapia e os fisioterapeutas que desenvolvem actividades docentes.

4.1.2. Amostra

A amostra foi constituída por 77 fisioterapeutas, 13 do sexo masculino e 64 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos, que exercem ou leccionam, nas instituições de saúde da área da grande Lisboa e na ESTeS, respectivamente.

4.1.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

4.1.3.1. Generalidades

A recolha de dados foi baseada num questionário e numa escala de atitudes, concebida para este estudo, tendo o mesmo sido dirigido para o grupo de fisioterapeutas que nos propomos estudar e tendo como base a análise da legislação e de outros documentos de referência nacional ou estrangeira, relativamente à Fisioterapia em geral e aos profissionais, em particular.

É importante salientar que o questionário, propriamente dito, sofreu adequações consoante o grupo de profissionais a que se dirigiu.

Assim, na prática, construiu-se um questionário para caracterizar os fisioterapeutas que exercem nas instituições de saúde e outro para os fisioterapeutas que desenvolvem actividades docentes na ESTeS. A escala de atitudes é comum aos fisioterapeutas do exercício e do ensino.

4.1.3.2. Razões para a escolha do questionário e da escala de atitudes

Este estudo é exploratório e assume-se desde já como descritivo, pelo que consideramos que era importante averiguar um grande número de aspectos para, a partir destes, identificar e caracterizar a nossa amostra e poder, inclusivamente, perspectivar possíveis estudos futuros. Assim, de acordo com Moura da Silva (1994), considerámos que o questionário se adequa a este tipo de estudo devido à sua facilidade na aplicação a toda a amostra, possibilitando um tratamento homogéneo dos dados com vista à identificação das tendências da mesma.

Nos estudos sobre atitudes, para além de outros instrumentos, as escalas são um instrumento de referência citados e utilizados por vários autores (Lima, 1993). Considerámos assim, desde o início, que face ao objectivo do nosso estudo, a construção de uma escala de atitudes que reflectisse as questões centrais que atrás expusemos, e que constituem o objecto do nosso estudo, seria um instrumento adequado para a recolha dos dados, permitindo-nos igualmente o tratamento dos mesmos, com alguma segurança.

A dispersão dos fisioterapeutas que constituem a amostra funcionou igualmente como um dos aspectos relevantes na nossa opção por um questionário e uma escala de atitudes, já que nos pareceu que seria mais facilmente exequível a recolha dos dados no contexto de instituições de saúde e da ESTeS.

4.1.3.3. Caracterização dos questionários

Como já foi referido anteriormente, construímos um questionário para os fisioterapeutas do exercício e outro para os fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Assim, construímos itens que resultaram das questões que consideramos centrais para a nossa pesquisa e da revisão da literatura em geral.

Os itens que constituem os dois questionários podem-se subdividir em três partes: a inicial que é comum; a segunda, que é adequada aos fisioterapeutas do exercício ou do ensino; e uma terceira, que é de novo comum.

1ª Parte: Os itens são semelhantes, tanto no questionário que se dirigiu aos fisioterapeutas do exercício, como aos que exercem funções docentes:

- Idade
- Sexo
- Formação académica
- Formação profissional
- Outras formações de nível superior

2ª Parte: Cada um dos questionários apresentou itens diferentes, consoante se dirigia aos fisioterapeutas do exercício ou do ensino, para assim se poder caracterizar cada um dos grupos. Foi organizado da seguinte forma:

- a) Fisioterapeutas do exercício
 - Situação profissional
 - Categoria profissional na Carreira Técnica de Diagnóstico e Terapêutica
 - Vínculo à instituição de saúde
- b) Fisioterapeutas que exercem funções docentes
 - Categoria na Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico
 - Regime na Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico
 - Vínculo à ESTeS
 - Funções docentes que desenvolve na ESTeS

3ª Parte: Os dois questionários voltam a ter uma formulação comum e são constituídos pelos seguintes itens:

- Organizações profissionais (sindicatos e associações)
- Formação contínua
- Projecto profissional

4.1.3.4. Caracterização da escala de Atitudes

Esta é constituída por nove grupos de afirmações relacionadas com o exercício e o ensino da Fisioterapia em Portugal. Solicitamos aos fisioterapeutas que constituem a nossa amostra que exprimissem o seu grau de concordância ou discordância da seguinte forma:

- | | |
|---------------------------------|---|
| Concordo totalmente | 5 |
| Concordo..... | 4 |
| Não concordo nem discordo | 3 |
| Discordo | 2 |
| Discordo totalmente..... | 1 |

Os nove grupos de afirmações relacionadas com o exercício e o ensino da Fisioterapia sobre os quais os fisioterapeutas emitiram a sua opinião ou exprimiram a sua concordância ou discordância, centram-se nas áreas temáticas seguintes:

1. Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta;
2. Regulamentação da profissão de fisioterapeuta;
3. Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na Administração Pública;
4. Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na Administração Pública;
5. Competências actuais do fisioterapeuta na Administração Pública;
6. Integração no ensino superior;
7. Formação pós-graduada na ESTeS;
8. Criação de cursos de Fisioterapia;
9. Organizações representativas dos fisioterapeutas.

Numa fase inicial auscultamos os docentes da ESTeS que se interessam por estas áreas temáticas. Após esta fase, fizemos a primeira formulação dos itens dos questionários e das afirmações da escala de atitudes para a construção do nosso instrumento. Após a análise das críticas e sugestões atrás referidas, e reorganização do nosso instrumento, aplicámos o mesmo como estudo piloto. Após a sua aplicação, construímos a versão final do instrumento, o qual não foi submetido a novo estudo piloto pois as alterações que introduzidos no primeiro não foram muito significativas.

Para facilitar o preenchimento do questionário e da escala de atitudes elaborou-se uma folha de rosto onde se descreveu o objecto do nosso estudo e se deu um conjunto de informações que considerámos pertinentes e facilitadoras para a participação e adesão dos fisioterapeutas que constituiriam a nossa amostra.

4.1.3.5. Procedimentos

Os questionários e a escala de atitudes foram organizados em dois conjuntos distintos. A recolha de dados realizou-se no ano lectivo de 1996/97. Foram escolhidas as instituições de saúde em que a ESTeS desenvolve estágios de aprendizagem e onde, regra geral, a mesma instituição de ensino recruta os seus docentes.

Na ESTeS fez-se um levantamento, junto da secção de pessoal, de quais os fisioterapeutas que exercem actividades docentes em cada uma das instituições de saúde.

Procedeu-se telefonicamente à informação sobre os objectivos do estudo e da possibilidade de vir a fazer a recolha de dados junto das coordenações de cada uma das instituições de

saúde. Como todas se mostraram interessadas em fazer parte de amostra e não levantaram problemas burocráticos, marcou-se um dia e uma hora para efectuar a recolha dos dados.

Assim, em cada instituição de saúde no dia e hora marcados apresentámo-nos e procedemos da seguinte forma:

1. No início da manhã distribuímos os questionários e a escala de atitudes pelos dois grupos de fisioterapeutas, em reuniões separadas, onde explicámos a mecânica do preenchimento do instrumento e os objectivos do estudo.
2. Informámos os dois grupos de fisioterapeutas dos motivos pelo quais estavam assim distribuídos e quais os critérios.
3. Em seguida a grande maioria dos fisioterapeutas de cada grupo procedeu ao preenchimento do seu questionário e escala de atitudes.
4. Quando não era possível a algum fisioterapeuta ficar na sala para preencher o instrumento de recolha de dados, o mesmo era devolvido e era de novo entregue quando o fisioterapeuta regressasse à sala.

Em todas as instituições de saúde onde se procedeu à recolha de dados, a adesão foi total, não se tendo verificado o preenchimento do nosso instrumento pelos fisioterapeutas que se encontravam com baixa ou doentes.

Para os fisioterapeutas que exercem funções docentes na ESTeS, e que simultaneamente são profissionais nas instituições de saúde, a recolha de dados fez-se nestas. Em relação fisioterapeutas que só leccionam, realizámos uma reunião expressamente para esse efeito, tendo a cooperação sido total.

A recolha dos dados decorreu durante o ano lectivo de 1996/97 porque era do nosso interesse acompanhar o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem.

4.1.4. Resultados

Responderam ao questionário e à escala de atitudes 43 fisioterapeutas que exercem nas instituições de saúde. Estamos conscientes que não responderam todos, porque no dia e hora em que se fez a recolha da amostra não estavam ao serviço por motivo de doença ou de férias. Não se verificou por parte de nenhum deles a desistência no preenchimento ou a recusa em fazê-lo.

Responderam ao questionário e à escala de atitudes 34 fisioterapeutas que exerciam funções docentes durante o ano lectivo 1996/97 na ESTeS, conjunto que se identifica com a totalidade da população.

4.2. Apresentação dos resultados

4.2.1. Considerações prévias

Como já referimos anteriormente, o nosso estudo tem um carácter exploratório e assume-se como descritivo. Assim, face ao número limitado dos fisioterapeutas que o nosso estudo abrange e aos instrumentos que construímos (questionário e escala de atitudes), optámos por utilizar processos estatísticos descritivos.

A apresentação dos resultados do nosso estudo desenvolver-se-á de acordo com os instrumentos que construímos expressamente para o mesmo. Assim, em primeiro lugar, apresentaremos os resultados obtidos através dos questionários, e depois os resultados referentes à escala de atitudes, tanto dos fisioterapeutas do exercício como os do ensino.

O questionário que construímos para caracterizar a população do nosso estudo divide-se em três partes:

1ª Parte: "Caracterização inicial dos fisioterapeutas do exercício e do ensino";

2ª Parte: "Caracterização específica dos fisioterapeutas do exercício" e "Caracterização específica dos fisioterapeutas do ensino";

3ª Parte: "Caracterização geral dos fisioterapeutas do exercício e do ensino".

Em termos de apresentação seguiremos esta ordem.

A escala de atitudes que elaborámos para avaliar as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da grande Lisboa é comum para ambos os grupos de fisioterapeutas, fazendo-se a apresentação dos seus resultados após a apresentação dos resultados dos questionários.

4.2.2. Resultados relativos à caracterização inicial dos fisioterapeutas

4.2.2.1. Generalidades

Nesta secção apresentam-se os resultados relativos à caracterização inicial dos fisioterapeutas do exercício e do ensino. Os resultados foram sistematizados em quadros, onde estão expressas as frequências absolutas das respostas. Em alguns casos recorreremos ainda a gráficos de barras, sempre que tal foi considerado justificado.

4.2.2.2. Caracterização segundo a idade e o sexo

Quadro 4.1
Caracterização das distribuições das idades e dos sexos nas instituições de saúde

Idades	Homens	Mulheres	Totais
20 – 25	2	1	3
26 – 30	1	13	14
31 – 35	0	9	9
36 – 40	2	6	8
41 – 45	0	3	3
46 – 50	0	4	4
> 50	0	2	2

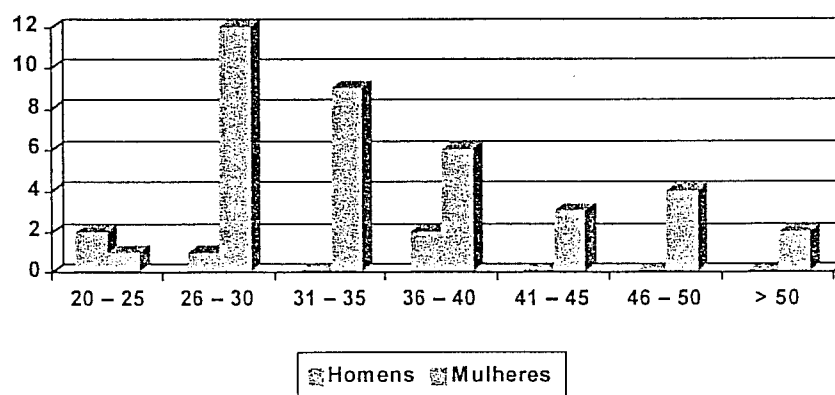


Figura 4.1 — Caracterização das distribuições das idades e dos sexos nas instituições de saúde

Nas instituições de saúde responderam 5 homens e 38 mulheres. As idades dos dois grupos variam entre os 20 e mais de 50 anos, verificando-se uma preponderância de mulheres entre os 26 e os 40 anos.

Quadro 4.2
Caracterização das distribuições das idades e dos sexos na ESTeS

Idades	Homens	Mulheres	Totais
20 – 25	0	2	2
26 – 30	2	5	7
31 – 35	4	11	15
36 – 40	1	3	4
41 – 45	1	3	4
46 – 50	0	2	2
> 50	0	0	0

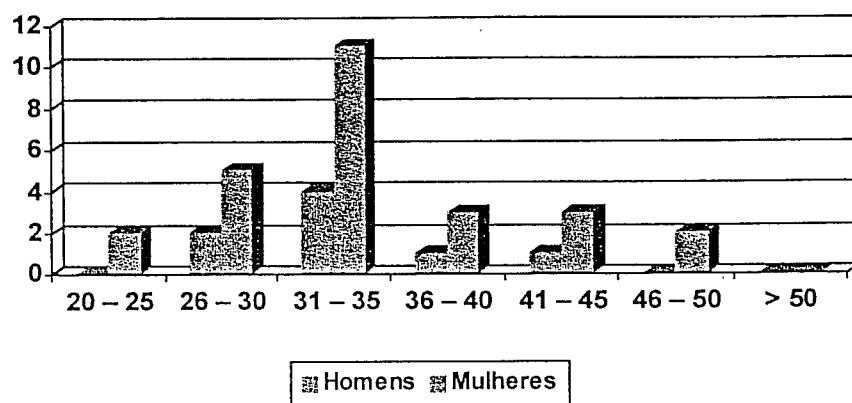


Figura 4.2 — Caracterização das distribuições das idades e dos sexos na ESTeS

Na ESTeS responderam 8 homens e 26 mulheres. As idades dos dois grupos variam entre os 20 e os 50 anos, verificando-se uma preponderância de mulheres entre os 26 e os 45 anos.

4.2.2.3. Caracterização segundo a formação académica

Quadro 4.3
Formação académica dos fisioterapeutas

Formação Académica	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Totais
≤ 4º ano	1	0	1
≤ 5º ano	0	1	1
7º ano	7	2	9
9º ano	0	0	0
11º ano	12	3	15
12º ano	18	19	37
Propedêutico Incompleto	0	0	0
Propedêutico Completo	1	0	1
Equivalente a Bacharelato	0	1	1
Bacharelato	2	7	9
Equivalente a Licenciatura	0	0	0
Licenciatura	0	0	0
Mestrado	0	0	0
Sem Resposta	2	1	3
Totais	43	34	77

A maioria dos fisioterapeutas do exercício é diplomada em Fisioterapia com o 12º ano como escolaridade. Os fisioterapeutas que exercem funções docentes têm, no seu conjunto, o grau académico de bacharelato e o 12º ano de escolaridade.

Quadro 4.4
Ano em que concluíram o curso de Fisioterapia

Anos	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Totais
Até 1994	40	30	70
Após 1994	2	4	6
Sem Resposta	1	0	1
Totais	43	34	77

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e da docência diplomou-se até 1994; a partir de 1994 o número de diplomados no ensino é maior do que no exercício.

4.2.2.4. Caracterização segundo a formação profissional

Quadro 4.5
Escola ou Instituição em que se diplomaram

Instituição	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Totais
Escola Reabilitação de Alcoitão	13	17	30
Escola Superior de Saúde de Alcoitão	13	1	14
Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Lisboa	4	9	13
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra	5	4	9
Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Coimbra	0	0	0
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Porto	0	0	0
Escola Técnica dos Serviços de Saúde de Porto	0	0	0
Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto	0	0	0
Hospitais Cívicos de Lisboa	1	2	3
Escola Nacional de Saúde Pública	2	1	3
Centro Regional de Lisboa	1	0	1
Sem Resposta	4	0	4
Totais	43	34	77

Tanto no exercício como no ensino se verifica que a ERA é a instituição de onde são actualmente oriundos a maioria dos fisioterapeutas que participam no nosso estudo.

Quadro 4.6
Número de fisioterapeutas que concluiu o CCEA

Ano de Conclusão	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Total
1987	1	0	1
1993	1	0	1
Não responderam	41	34	75
Total	43	34	77

Apenas dois fisioterapeutas do exercício concluíram o CCEA. Presume-se que as “não respostas” são negações da conclusão do CCEA.

Quadro 4.7
Escola onde obtiveram o diploma do CCEA

Escola	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Total
ESTeS de Lisboa	2	0	2
Não responderam	41	34	75
Total	43	34	77

Os dois fisioterapeutas que concluíram o CCEA fizeram-no na ESTeS.

4.2.2.5. Caracterização segundo outras formações de nível superior

Não foram dadas respostas às perguntas “Se concluiu outros cursos superiores”, “Se concluiu pós-graduações” e “Se concluiu Cursos de Estudos Superiores Especializados”.

Quadro 4.8
Número de fisioterapeutas que frequenta actualmente um Curso de Estudos Superiores Especializado (CESE) ou um Mestrado

Curso	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Total
CESE em Reabilitação	3	6	9
Não responderam	40	28	68
Total	43	34	77

Poucos fisioterapeutas, quer do exercício quer do ensino, frequentam CESEs, mas é no ensino que existe um maior número.

Quadro 4.9
Estabelecimento de ensino superior onde frequenta o CESE ou o Mestrado

Estabelecimento	Instituições de Saúde	Instituição de Ensino	Total
Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)	3	6	9
Não responderam	40	28	68
Total	43	34	77

Os fisioterapeutas que frequentam CESEs fazem-no apenas no ISPA.

4.2.3. Resultados relativos à caracterização específica dos fisioterapeutas do exercício

4.2.3.1. Generalidades

A apresentação dos resultados relativamente à caracterização específica dos fisioterapeutas do exercício é feita através de quadros nos quais aparecem expressas as percentagens correspondentes a cada possibilidade de resposta.

4.2.3.2. Caracterização segundo a situação profissional

Quadro 4.10
Situação profissional na instituição de saúde

Instituição	%
Hospital Central	58,2
Hospital Distrital	30,2
Hospital Concelhio	0,0
Centro de Saúde	0,0
Outro Tipo de Instituição	2,3
Não Responderam	9,3

Os fisioterapeutas que participaram no estudo exercem maioritariamente em Hospitais Centrais da área da grande Lisboa e em Hospitais Distritais da região.

4.2.3.3. Caracterização segundo a categoria profissional

Quadro 4.11
Categoria Profissional na Carreira de Diagnóstico e Terapêutica

Categoria Profissional	%
Fisioterapeuta de 2 ^a	60,5
Fisioterapeuta de 1 ^a	18,6
Fisioterapeuta Principal	11,6
Fisioterapeuta Especialista	2,3
Fisioterapeuta Especialista de 1 ^a	0,0
Fisioterapeuta Director	0,0
Não responderam	7,0

A maioria dos fisioterapeutas do exercício são de 2^a classe seguindo-se os de 1^a classe, principais e especialistas.

4.2.3.4. Caracterização segundo o vínculo à instituição

Quadro 4.12
Vínculo à Instituição de Saúde onde é Fisioterapeuta

Tipo de vínculo	%
Quadro da Instituição	65,1
Recibos Verdes	25,5
Contrato a Termo Certo	4,7
Não responderam	4,7

A maioria dos fisioterapeutas do exercício pertence ao quadro da instituição de saúde, embora uma percentagem significativa ainda seja prestador de serviços.

4.2.4. Resultados relativos à caracterização específica dos fisioterapeutas do ensino

4.2.4.1. Generalidades

A apresentação dos resultados relativamente à caracterização específica dos fisioterapeutas do ensino é feita através de quadros nos quais aparecem expressas as percentagens correspondentes a cada possibilidade de resposta.

4.2.4.2. Caracterização segundo a categoria na carreira docente

Quadro 4.13
Categoria na carreira docente do ensino superior politécnico

Categoria	%
Encarregado de Trabalho/Monitor	64,7
Assistente de 2º Triénio	8,8
Assistente de 1º Triénio	5,9
Professor Adjunto	2,9
Professor Coordenador	0,0
Não responderam	17,7

A maioria dos fisioterapeutas que exerce funções docentes desenvolve-as como monitor, e em muito menor percentagem como Assistente.

4.2.4.3. Caracterização segundo o regime na carreira docente

Quadro 4.14
Regime na carreira docente do ensino superior politécnico

Regime	%
Dedicação Exclusiva	0,0
Tempo Integral	38,3
Tempo Parcial	44,1
Seminário	8,8
Não responderam	8,8

A maioria dos fisioterapeutas que exerce funções docentes desenvolve-as em tempo parcial, enquanto outros o fazem em tempo integral ou sob a forma de seminários.

4.2.4.4. Caracterização segundo o vínculo à ESTeS

Quadro 4.15
Vínculo com a ESTeS

Vínculo	%
Quadro	0,0
Requisição	3,0
Acumulação	8,8
Destacamento	0,0
Prestação de Serviços	79,4
Não responderam	8,8

A relação contratual com a ESTeS é a prestação de serviços na grande maioria dos casos.

4.2.4.5. Caracterização segundo as funções docentes desenvolvidas

Quadro 4.16
Funções docentes que desenvolvem na ESTeS

Funções docentes	%
Docente Responsável por uma disciplina	8,8
Docente Integrado numa equipa que lecciona uma disciplina	8,8
Docente Convidado (Módulo Disciplina)	5,9
Encarregado de Trabalhos (Monitor)	76,5

A grande maioria dos fisioterapeutas que exerce funções docentes na ESTeS é encarregado de trabalhos (monitor), verificando-se ainda uma percentagem significativa que lecciona integrada numa equipa ou é responsável por uma disciplina.

4.2.5. Resultados relativos à caracterização geral dos fisioterapeutas

4.2.5.1. Generalidades

Optámos por apresentar os resultados relativos à caracterização geral dos fisioterapeutas do exercício e do ensino através de quadros onde são expressas as quantidades e percentagens (frequências absolutas e relativas) correspondentes de cada possibilidade de resposta.

4.2.5.2. Caracterização segundo as organizações profissionais

Quadro 4.17
Número de sócios da APF

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	37	86,1	28	82,4	65	84,4
Não	4	9,3	6	17,6	10	13,0
Sem Resposta	2	4,6	0	0,0	2	2,6
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

A grande maioria dos fisioterapeutas que integraram o nosso estudo referiu ser sócio da APF, sendo essa percentagem maior no exercício do que no ensino.

Quadro 4.18
Número de pertencentes a algum grupo de interesse da APF

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	4	9,3	3	8,8	7	9,1
Não	32	74,4	28	82,4	60	77,9
Sem Resposta	7	16,3	3	8,8	10	13,0
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

A grande maioria dos fisioterapeutas não integra nenhum grupo de interesse na APF.

Quadro 4.19
Número dos que desenvolvem algum cargo nos órgãos de gestão da APF

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	7	16,3	0	0,0	7	9,1
Não	36	83,7	29	85,3	65	84,4
Sem Resposta	0	0,0	5	14,7	5	6,5
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

A grande maioria dos fisioterapeutas não desenvolve qualquer cargo nos órgãos de gestão da APF e os que exercem esses cargos são fisioterapeutas do exercício.

Quadro 4.20
Número de sindicalizados

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	12	27,9	13	38,2	25	32,5
Não	29	67,4	21	61,8	50	64,9
Sem Resposta	2	4,7	0	0,0	2	2,6
Totais	43	100,0	3	100,0	77	100,0

A maioria dos fisioterapeutas que participam no estudo não é sindicalizado.

Quadro 4.21
Membros dos órgãos de gestão do seu sindicato

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	34	79,1	24	70,6	58	75,3
Sem Resposta	9	20,9	10	29,4	19	24,7
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

Dos fisioterapeutas sindicalizados, nenhum faz parte dos órgãos de gestão do seu sindicato.

Quadro 4.22
Membros de alguma associação internacional no âmbito da Fisioterapia

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	3	7,0	2	5,9	5	6,5
Não	36	83,7	25	73,5	61	79,2
Sem Resposta	4	9,3	7	20,6	11	14,3
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

A grande maioria dos fisioterapeutas do estudo não é membro de nenhuma Associação Internacional no âmbito da Fisioterapia.

Quadro 4.23

Membros de alguma associação nacional ou internacional no âmbito técnico ou científico

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Sim	5	11,6	6	17,7	11	14,3
Não	32	74,4	23	67,6	55	71,4
Sem Resposta	6	14,0	5	14,7	11	14,3
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

A grande maioria dos fisioterapeutas do estudo não é membro de nenhuma associação nacional ou internacional no âmbito ou científico.

4.2.5.3. Caracterização segundo a formação contínua

Quadro 4.24

Tipo de formação contínua frequentada
(resposta múltipla)

Temas de Formação	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
Terapias pelo Movimento	37	48,0	31	47,0	68	47,5
Terapias Manipulativas	26	33,8	22	33,3	48	33,6
Electroterapia	3	3,9	3	4,5	6	4,2
Hidroterapia	1	1,3	4	6,1	5	3,5
Metodologia de Educação	5	6,5	6	9,1	11	7,7
Planeamento de Educação	5	6,5	0	0,0	5	3,5
Totais	77	100,0	66	100,0	143	100,0

Tanto no exercício como no ensino a opção em termos de formação contínua dos fisioterapeutas, é para as terapias pelo movimento, seguida das terapias manipulativas; a alguma distância seguem-se as metodologias de educação.

Quadro 4.25
Duração da formação
(resposta múltipla)

Duração	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Curso de fim de semana	27	30,0	11	16,4	38	48,1
Curso de 1 Semana	27	30,0	15	22,4	42	54,5
Curso de 2 Semana	16	17,8	15	22,4	31	40,3
Curso de mais de 3 semanas	12	13,3	13	19,4	25	32,5
Estágio em Portugal	5	5,6	11	16,4	16	20,8
Estágio no estrangeiro	3	3,3	2	3,0	5	6,5
Totais	90	100,0	67	100,0	157	100,0

No exercício, os fisioterapeutas expressaram a sua preferência para cursos de fim de semana e de uma semana, enquanto no ensino a preferência recai de forma mais ou menos uniforme pelas várias modalidades.

4.2.5.4. Caracterização segundo o projecto profissional

Quadro 4.26
Consideração face ao projecto profissional como fisioterapeuta

	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Um Generalista	23	53,5	14	41,2	37	48,0
Um Especialista	18	41,9	16	47,0	34	44,2
Um Docente	0	0,0	4	11,8	4	5,2
Um Investigador	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Um Gestor	2	4,6	0	0,0	2	2,6
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

No exercício, os fisioterapeutas consideram-se em primeiro lugar generalistas, em segundo especialistas e em terceiro lugar gestores. No ensino, os fisioterapeutas consideram-se em primeiro lugar especialistas, em segundo generalistas e em terceiro docentes.

4.2.6. Resultados relativos à Escala de Atitudes

4.2.6.1. Generalidades

A apresentação dos resultados relativos à escala de atitudes dos fisioterapeutas da área da grande Lisboa, face ao exercício e ao ensino, é feita através de quadros e gráficos de barras correspondentes a cada item. As respostas estão divididas de acordo com as áreas temáticas referidas na secção 4.1.3.4.

4.2.6.2. Área temática “Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta”

Quadro 4.27
Respostas ao item
A titularidade de curso reconhecido nos termos legais

Graus de concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	1	2,9	1	1,3
3	3	7,0	2	5,9	5	6,5
4	16	37,2	9	26,5	25	32,5
5	20	46,5	21	61,8	41	53,2
Sem resposta	4	9,3	1	2,9	5	6,5
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

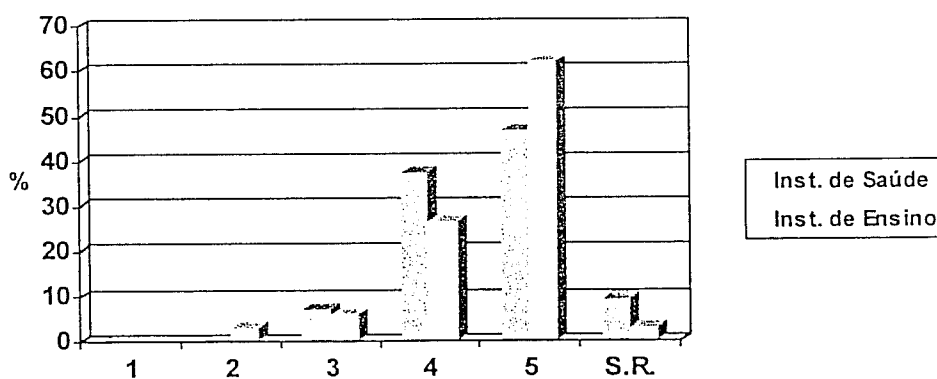


Figura 4.3 — Gráfico de barras das respostas ao item "A titularidade de curso reconhecido nos termos legais"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente à necessidade da titularidade de um curso de Fisioterapia reconhecida nos termos legais.

Quadro 4.28

Respostas ao item

A titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos ministros da educação e da saúde

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,7	3	8,8	5	6,5
2	6	14,0	6	17,7	12	15,6
3	1	2,3	1	2,9	2	2,6
4	13	30,2	11	32,4	24	31,2
5	20	46,5	13	38,2	33	42,8
Sem resposta	1	2,3	0	0,0	1	1,3
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

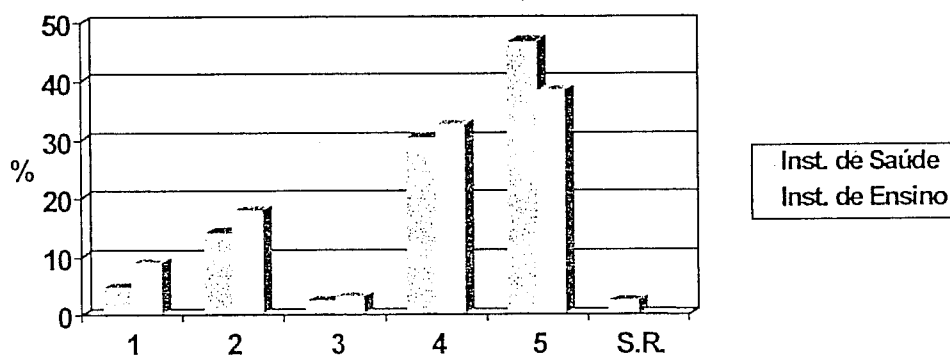


Figura 4.4 — Gráfico de barras das respostas ao item "A titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos ministros da educação e da saúde"

No que diz respeito à titularidade de diploma reconhecido por despacho conjunto dos ministros da Educação e da Saúde, verifica-se uma forte concordância nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.29
Respostas ao item

A titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	4	9,3	3	8,9	7	9,1
2	5	11,6	6	17,6	11	14,3
3	5	11,6	6	17,6	11	14,3
4	10	23,3	7	20,6	17	22,1
5	15	34,9	12	35,3	27	35,0
Sem resposta	4	9,3	0	0,0	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

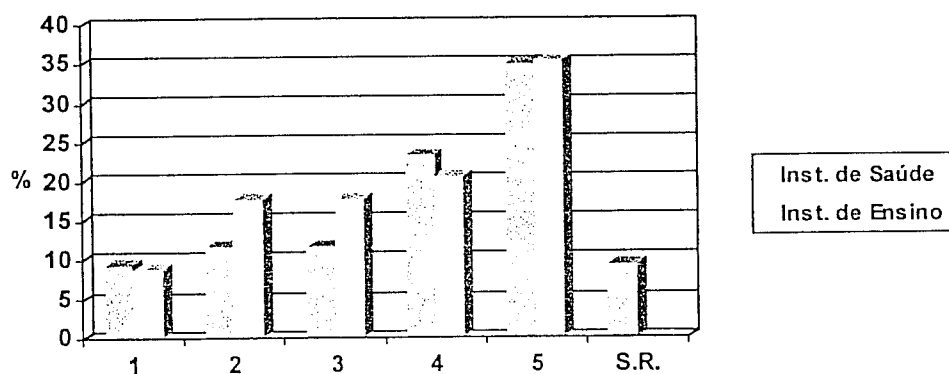


Figura 4.5 — Gráfico de barras das respostas ao item "A titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública"

Relativamente à titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública, tanto os fisioterapeutas do exercício como os que exercem funções docentes, expressam actualmente uma concordância moderada.

4.2.6.3. Área temática “Regulamentação da profissão de fisioterapeuta”

Quadro 4.30
Respostas ao item

Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	10	23,3	9	26,5	19	24,7
2	19	44,2	14	41,2	33	42,8
3	6	13,9	5	14,7	11	14,3
4	4	9,3	6	17,6	10	13,0
5	1	2,3	0	0,0	1	1,3
Sem resposta	3	7,0	0	0,0	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

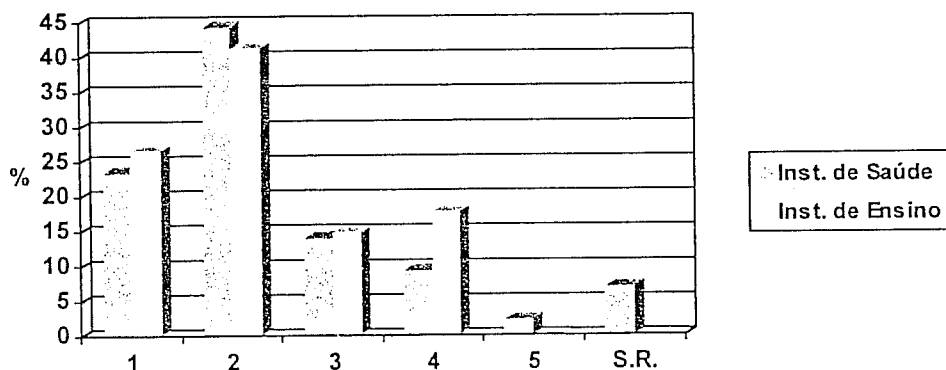


Figura 4.6 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão"

Relativamente ao exercício da profissão de fisioterapeuta por trabalhadores subordinados sem formação até à regulamentação da profissão, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma discordância moderada.

Quadro 4.31
Respostas ao item

Os trabalhadores autônomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	12	27,9	11	32,3	23	29,9
2	19	44,2	16	47,1	35	45,4
3	5	11,6	3	8,8	8	10,4
4	3	7,0	4	11,8	7	9,1
5	1	2,3	0	0	1	1,3
Sem resposta	3	7,0	0	0	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

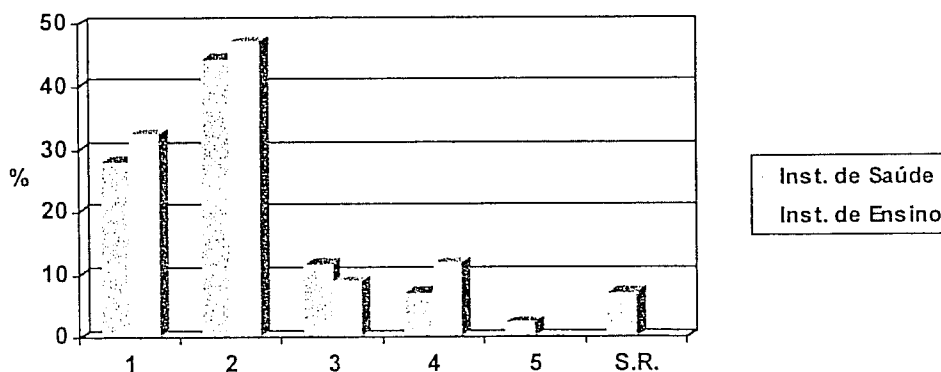


Figura 4.7 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os trabalhadores autônomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão"

No que diz respeito ao exercício da profissão de Fisioterapia por trabalhadores autônomos sem formação até à regulamentação da profissão, verificou-se uma moderada discordância nos fisioterapeutas do exercício e nos que exercem funções docentes.

Quadro 4.32
Respostas ao item

Os trabalhadores subordinados e autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	23	53,5	15	44,1	38	49,3
2	12	27,9	12	35,3	24	31,2
3	2	4,6	4	11,8	6	7,8
4	3	7,0	2	5,9	5	6,5
5	0	0,0	1	2,9	1	1,3
Sem resposta	3	7,0	0	0,0	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

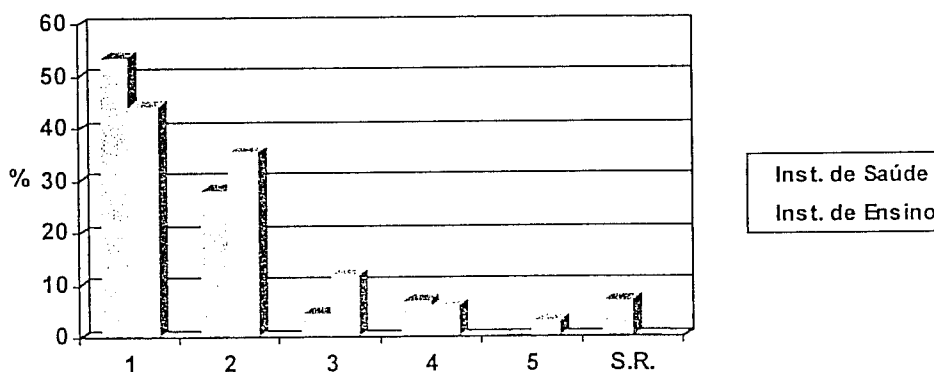


Figura 4.8 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os trabalhadores subordinados e autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte discordância relativamente ao facto de trabalhadores que não preencham todos os requisitos poderem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão.

4.2.6.4. Área temática “Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública”

Quadro 4.33

Respostas ao item

O fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde sendo a sua intervenção feita sob prescrição do respectivo elemento médico

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	5	14,7	6	7,8
2	16	37,2	5	14,7	21	27,3
3	8	18,6	13	38,2	21	27,3
4	13	30,2	6	17,7	19	24,6
5	3	7,0	4	11,8	7	9,1
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

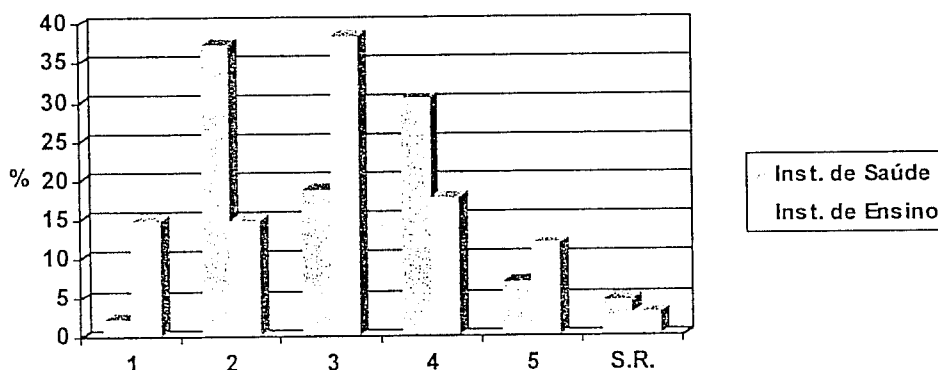


Figura 4.9 — Gráfico de barras das respostas ao item “O fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde sendo a sua intervenção feita sob prescrição do respectivo elemento médico”

Na análise dos dados relativamente à integração do fisioterapeuta numa equipa de saúde, sendo a sua intervenção feita sob prescrição do respectivo elemento médico, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.34
Respostas ao item
O fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,7	5	14,7	7	9,1
2	4	9,3	2	5,9	6	7,8
3	8	18,6	6	17,7	14	18,2
4	19	44,1	14	41,1	33	42,8
5	8	18,6	6	17,7	14	18,2
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

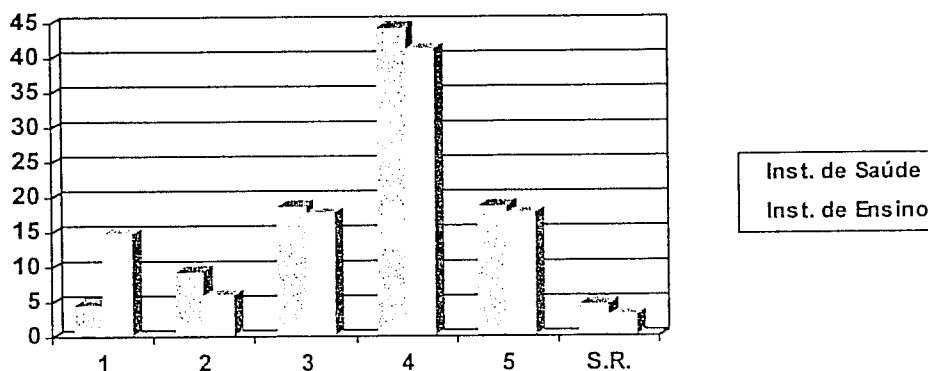


Figura 4.10 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos"

Relativamente à elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.35
Respostas ao item

O fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,7	0	0,0	2	2,6
2	4	9,3	0	0,0	4	5,2
3	8	18,6	5	14,7	13	16,9
4	19	44,1	15	44,1	34	44,1
5	8	18,6	13	38,3	21	27,3
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

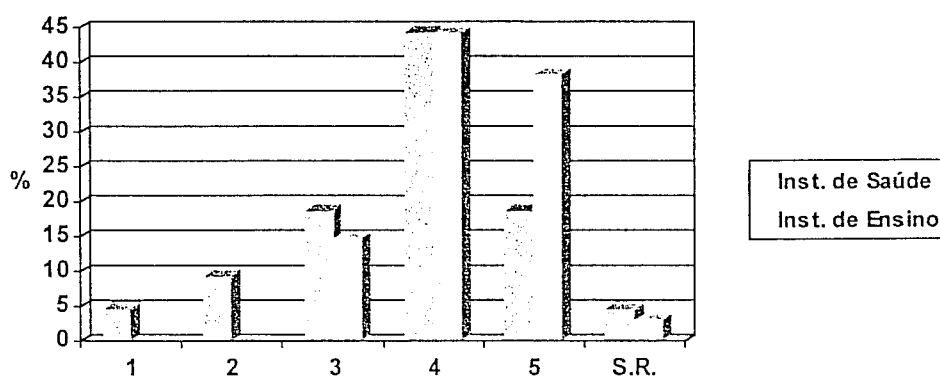


Figura 4.11 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção"

No que diz respeito à programação, execução e avaliação das técnicas adequadas à intervenção em Fisioterapia, verificou-se uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma forte concordância nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.36
Respostas ao item

O fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,7	2	5,9	4	5,2
2	4	9,3	3	8,8	7	9,1
3	8	18,6	7	20,6	15	19,5
4	19	44,1	12	35,3	31	40,2
5	8	18,6	9	26,5	17	22,1
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

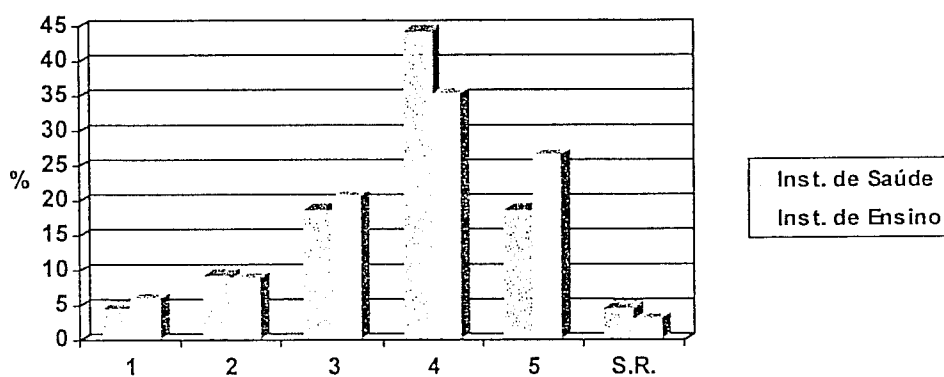


Figura 4.12 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa"

Relativamente à comunicação dos resultados da intervenção aos outros membros de equipa, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.37
Respostas ao item

O fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos, pessoais e sociais dos doentes

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	1	2,3	2	5,9	3	3,0
3	1	2,3	3	8,8	4	5,2
4	23	53,5	12	35,3	35	45,4
5	16	37,2	16	47,1	32	41,6
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

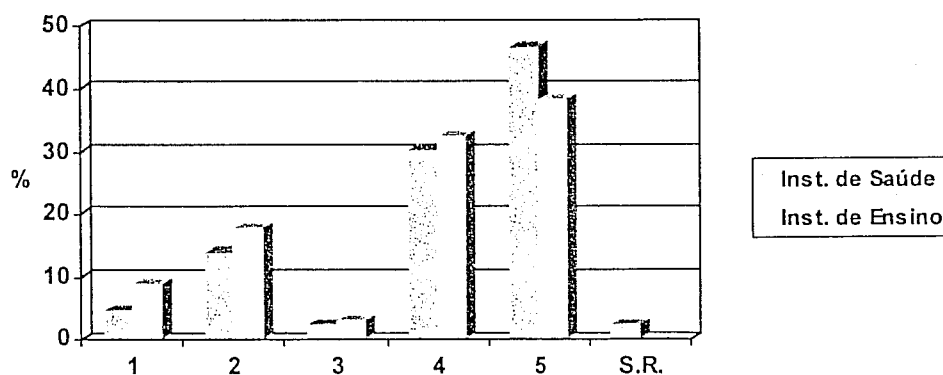


Figura 4.13 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos, pessoais e sociais dos doentes"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente ao acesso aos dados clínicos pessoais e sociais dos doentes.

4.2.6.5. Área temática “Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública”

Quadro 4.38

Respostas ao item

O fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,7	3	8,8	5	6,5
2	12	27,9	8	23,5	20	25,0
3	4	9,3	7	20,6	11	14,3
4	16	37,2	8	23,6	24	31,1
5	7	16,2	7	20,6	14	18,2
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

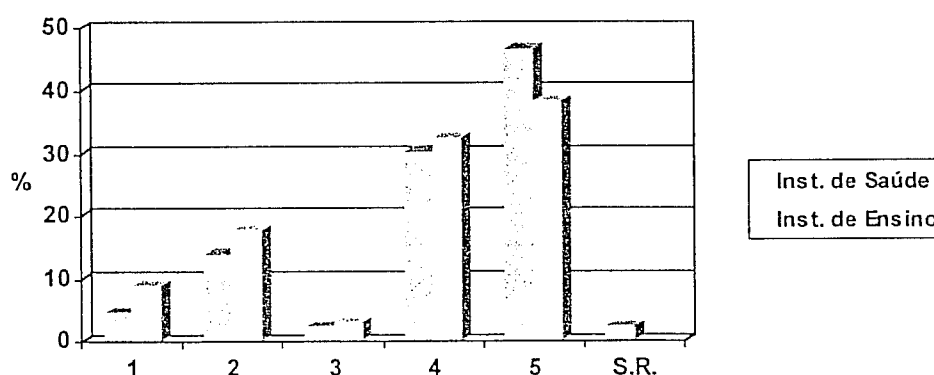


Figura 4.14 — Gráfico de barras das respostas ao item “O fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas”

Na análise dos dados relativamente à colaboração do fisioterapeuta no diagnóstico mediante avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.39
Respostas ao item

O fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado consoante a sua incapacidade ou deficiência

Graus de concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	1	2,9	1	1,3
3	1	2,3	3	8,8	4	5,2
4	24	55,8	13	38,3	36	48,0
5	16	37,2	16	47,1	32	41,6
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

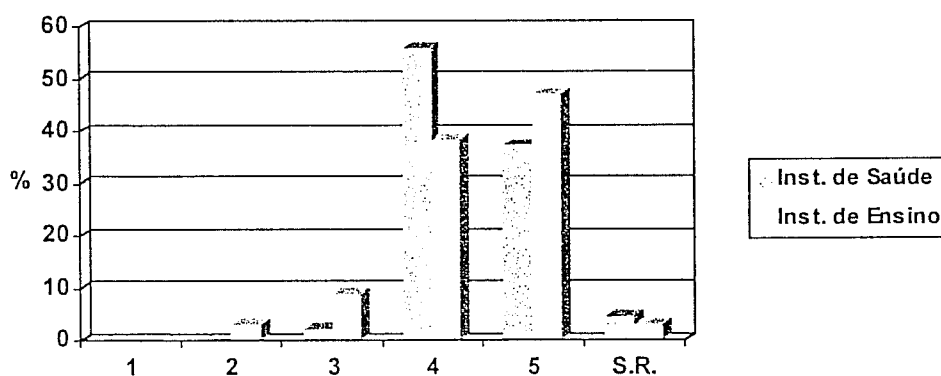


Figura 4.15 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado consoante a sua incapacidade ou deficiência"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância quanto ao ensino dos deficientes, no modo de proceder mais adequado relativamente à sua incapacidade ou deficiência.

Quadro 4.40
Respostas ao item
O fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	1	2,9	1	1,3
2	7	16,3	4	11,8	11	14,3
3	9	20,9	11	32,4	20	26,0
4	14	32,6	8	23,5	22	28,5
5	11	25,8	8	23,5	19	24,7
Sem resposta	2	4,6	2	5,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

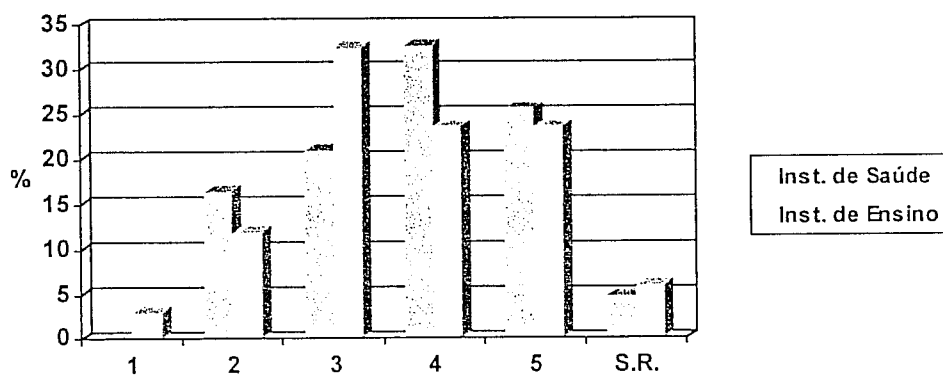


Figura 4.16 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos"

Na análise dos dados relativamente à elaboração de relatórios dos resultados obtidos verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício, como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.41
Respostas ao item
O fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	2,3	1	2,9	2	2,6
4	14	32,6	11	32,4	25	32,5
5	26	60,5	21	61,8	47	61,0
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

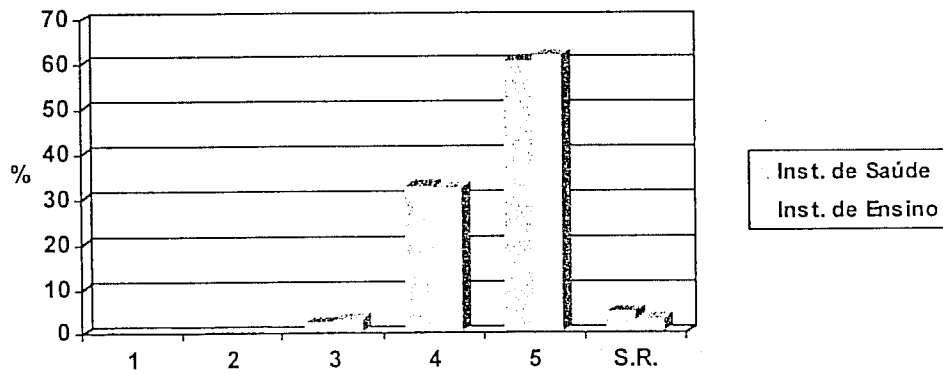


Figura 4.17 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente à utilização de técnicas específicas da profissão.

Quadro 4.42
Respostas ao item
O fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	2	4,7	1	2,9	3	3,9
4	16	37,2	15	44,2	31	40,3
5	23	53,4	17	50,0	40	51,9
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

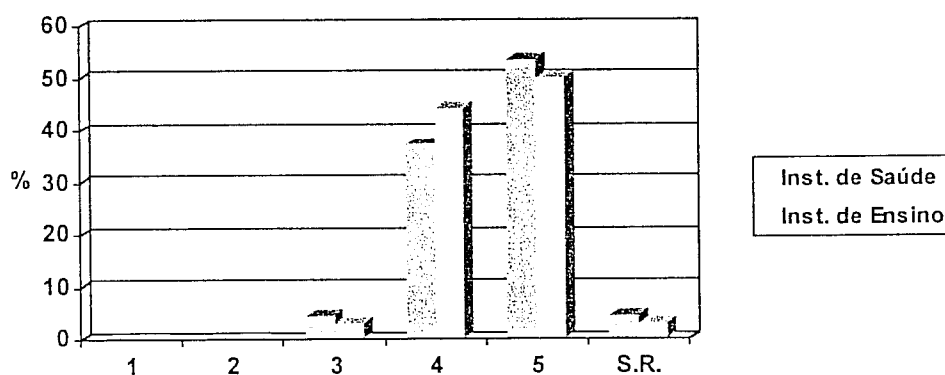


Figura 4.18 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente à utilização de terapias pelo movimento.

Quadro 4.43
Respostas ao item
O fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	1	2,9	2	2,6
2	1	2,3	2	5,9	3	3,9
3	5	11,6	7	20,6	12	15,6
4	16	37,2	9	26,5	25	32,5
5	18	41,9	14	41,2	32	41,5
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

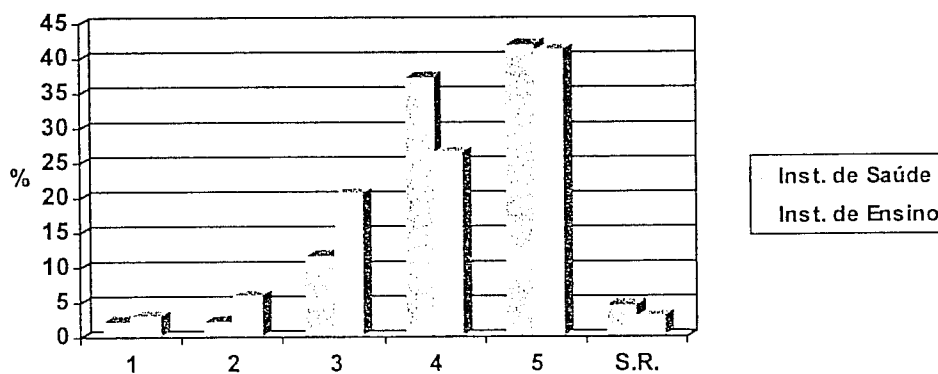


Figura 4.19 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas"

No que diz respeito á utilização de terapias manipulativas (manuais), verificou-se uma forte concordância nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.44
Respostas ao item
O fisioterapeuta utiliza electroterapia

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	0	0,0	1	1,3
2	0	0,0	2	5,9	2	2,6
3	6	13,9	2	5,9	8	10,4
4	20	46,5	13	38,2	33	42,8
5	14	32,6	16	47,1	30	39,0
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

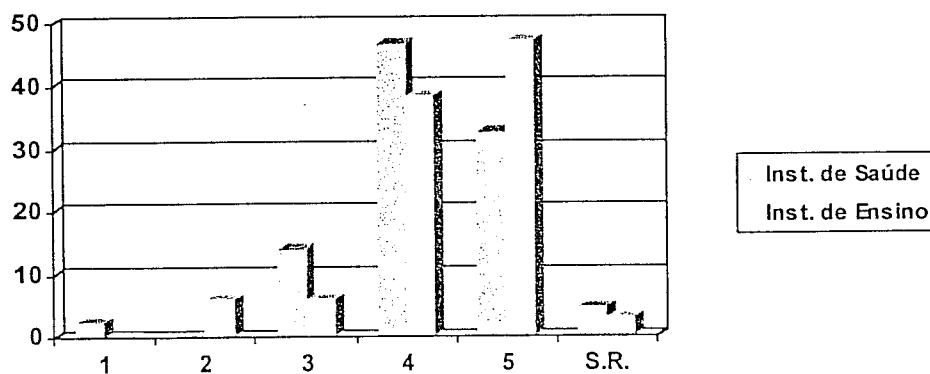


Figura 4.20 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza electroterapia"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente à utilização da electroterapia.

Quadro 4.45
Respostas ao item
O fisioterapeuta utiliza hidroterapia

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	0	0,0	1	1,3
2	0	0,0	2	5,9	2	2,6
3	6	13,9	2	5,9	8	10,4
4	20	46,5	14	41,2	34	44,1
5	14	32,6	15	44,1	29	37,7
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

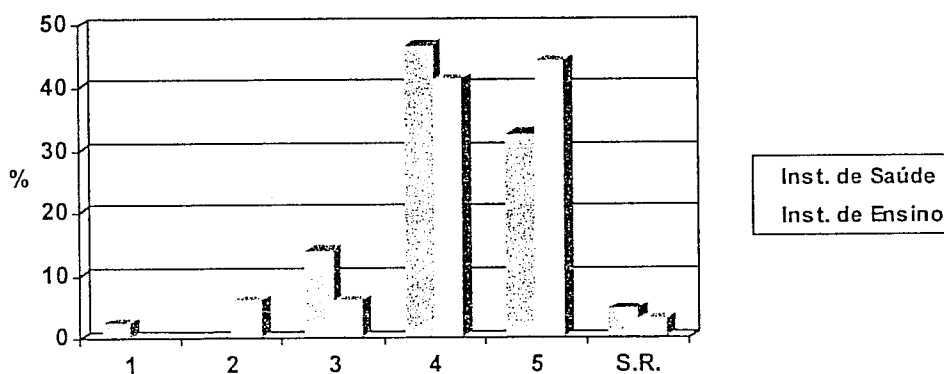


Figura 4.21 — Gráfico de barras das respostas ao item "O fisioterapeuta utiliza hidroterapia"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente à utilização da hidroterapia.

4.2.6.6. Área temática “Competências actuais dos fisioterapeutas na administração pública”

Quadro 4.46
Respostas ao item

Os fisioterapeutas de 1ª classe enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	3	7,0	4	11,8	7	9,1
2	11	25,6	10	29,4	21	27,3
3	17	39,5	9	26,5	26	33,7
4	6	13,9	6	17,6	12	15,6
5	3	7,0	4	11,8	7	9,1
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

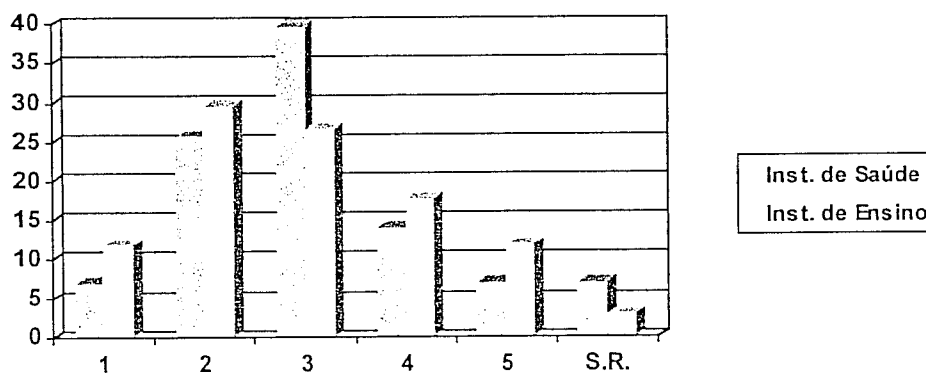


Figura 4.22 — Gráfico de barras das respostas ao item “Os fisioterapeutas de 1ª classe enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão”

Na análise dos dados relativamente às competências dos fisioterapeutas de 1ª classe verificou-se uma tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.47
Respostas ao item
Os fisioterapeutas principais enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	1	2,9	2	2,6
2	5	11,6	4	11,8	9	11,7
3	5	11,6	5	14,7	10	13,0
4	23	53,5	13	38,3	36	46,7
5	6	14,0	10	29,4	16	20,8
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

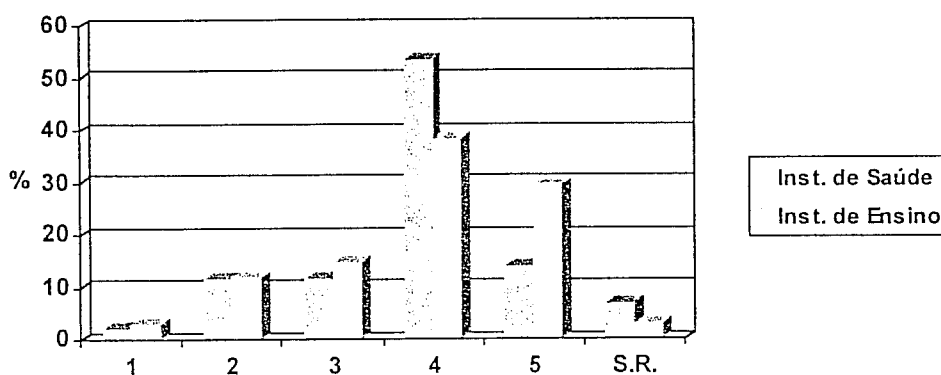


Figura 4.23 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas principais enquadram e coordenam o pessoal da sua profissão"

Relativamente às competências do fisioterapeuta principal, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docente expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.48
Respostas ao item

Os fisioterapeutas de 1ª classe colaboram como monitores nos cursos de formação

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	3	7,0	1	2,9	4	5,2
2	2	4,6	5	14,7	7	9,1
3	14	32,6	11	32,4	25	32,5
4	19	44,2	10	29,4	29	37,6
5	2	4,6	6	17,7	8	10,4
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

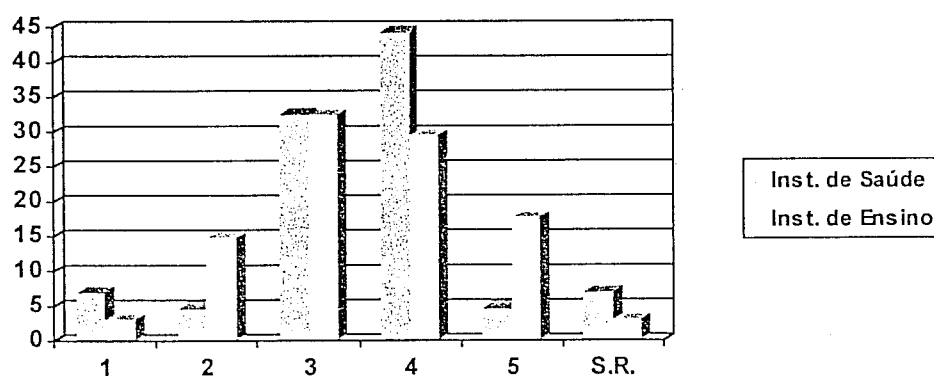


Figura 4.24 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas de 1ª classe colaboram como monitores nos cursos de formação"

Na análise dos dados relativamente à colaboração do fisioterapeuta de 1ª classe como monitor na formação dos seus pares, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.49
Respostas ao item

Os fisioterapeutas principais colaboram como monitores nos cursos de formação

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	1	2,9	1	1,3
2	3	7,0	5	14,7	8	10,4
3	14	32,6	11	32,4	25	32,5
4	21	48,8	11	32,4	32	41,5
5	2	4,6	5	14,7	7	9,1
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

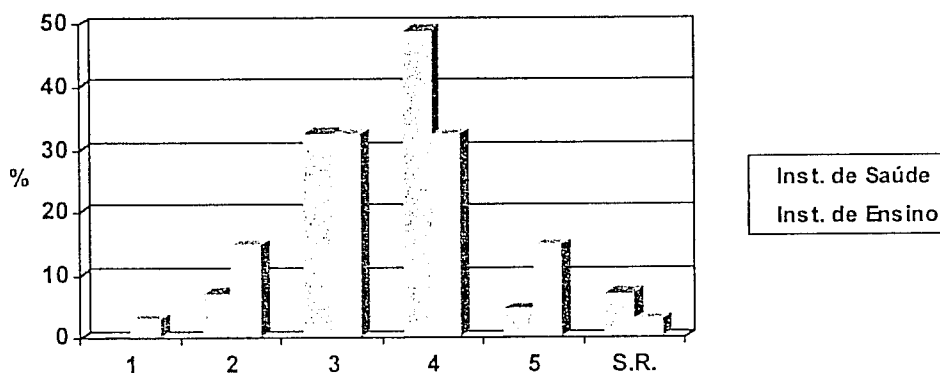


Figura 4.25 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas principais colaboram como monitores nos cursos de formação"

Na análise dos dados relativamente à colaboração do fisioterapeuta principal como monitor na formação dos seus pares, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.50

Respostas ao item

Os fisioterapeutas habilitados com o CCEA exercem funções de professor nas escolas onde se lecciona Fisioterapia

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,6	1	2,9	3	3,9
2	4	9,3	8	23,6	12	15,6
3	19	44,2	8	23,6	27	35,0
4	10	23,3	11	32,3	21	27,3
5	5	11,6	5	14,7	10	13,0
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

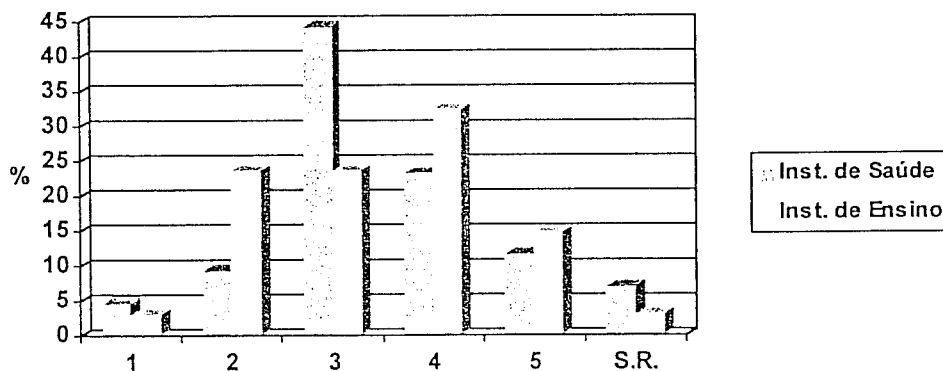


Figura 4.26 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas habilitados com o CCEA exercem funções de professor nas escolas onde se lecciona Fisioterapia"

Na análise dos dados relativamente aos fisioterapeutas habilitados com o curso complementar do ensino e administração e as funções de professor nas escolas onde se lecciona Fisioterapia, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.51
Respostas ao item
O acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante concurso com provas públicas

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	3	7,0	1	2,9	4	5,2
2	3	7,0	1	2,9	4	5,2
3	5	11,6	5	14,7	10	13,0
4	19	44,2	15	44,2	34	44,1
5	9	20,9	11	32,4	20	26,0
Sem resposta	4	9,3	1	2,9	5	6,5
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

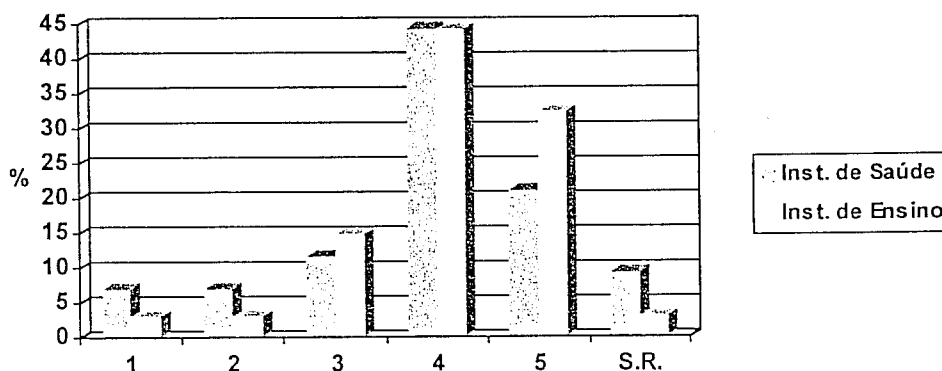


Figura 4.27 — Gráfico de barras das respostas ao item "O acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante concurso com provas públicas"

No que diz respeito ao acesso à categoria de fisioterapeuta especialista mediante concurso com provas públicas, verificou-se uma moderada concordância nos fisioterapeutas do exercício e uma forte concordância nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.52
Respostas ao item
Os fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de diagnóstico e terapêutica na administração pública

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	8	18,6	10	29,5	18	23,4
2	17	39,5	7	20,6	24	31,1
3	9	20,9	8	23,5	17	22,1
4	6	14,0	8	23,5	14	18,2
5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

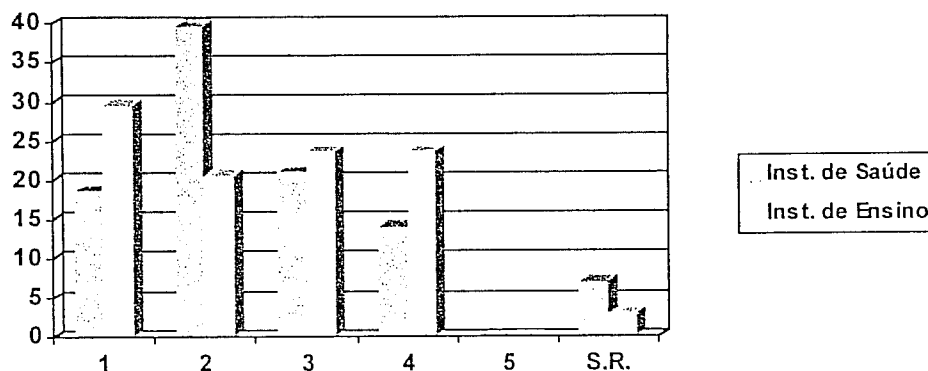


Figura 4.28 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de diagnóstico e terapêutica na administração pública"

Na análises dos dados relativamente à continuação da integração dos fisioterapeutas na carreira de diagnóstico e terapêutica na administração pública, verificou-se uma grande tendência para dispersão dos resultados tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

4.2.6.7. Área temática “Integração no ensino superior”

Quadro 4.53

Respostas ao item

As ESTeS são dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	1	2,9	2	2,6
2	0	0,0	5	14,7	5	6,5
3	3	7,0	2	5,9	5	6,5
4	22	51,1	11	32,4	33	42,8
5	14	32,6	14	41,2	28	36,4
Sem resposta	3	7,0	1	2,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

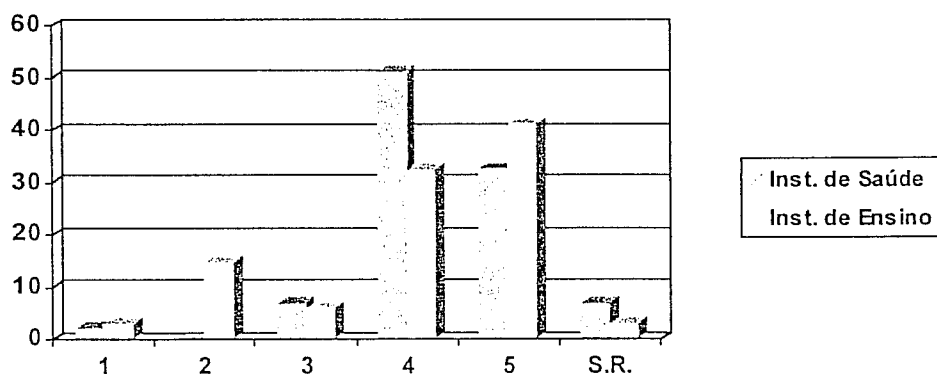


Figura 4.29 — Gráfico de barras das respostas ao item "As ESTeS são dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira"

No que diz respeito ao facto das ESTeS deverem ser dotadas de personalidade jurídica e gozarem de autonomia, científica, pedagógica, administrativa e financeira, verificou-se uma forte concordância nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.54

Respostas ao item

O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob a tutela dos ministérios da educação e da saúde

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	6	17,7	7	9,1
2	5	11,6	5	14,7	10	13,0
3	10	23,3	2	5,9	12	15,6
4	14	32,6	13	38,2	27	35,0
5	11	25,6	7	20,6	18	23,4
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

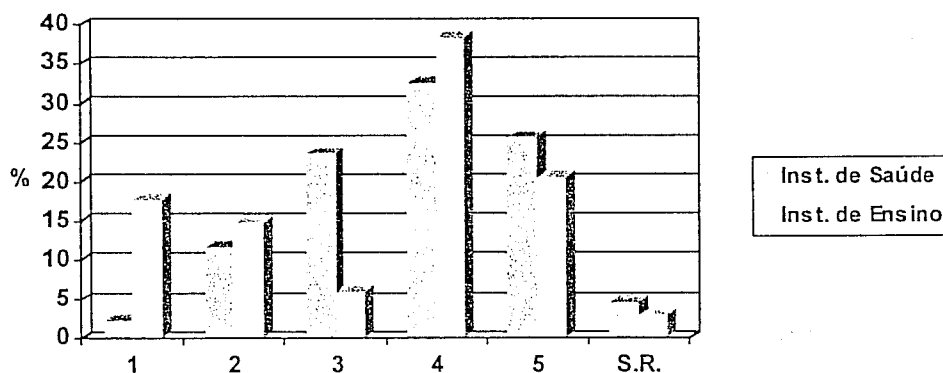


Figura 4.30 — Gráfico de barras das respostas ao item "O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob a tutela dos ministérios da educação e da saúde"

Relativamente ao facto do ensino ministrado nas ESTeS ser tutelado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.55

Respostas ao item

Os fisioterapeutas a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	1	2,9	1	1,3
2	3	7,0	2	5,9	5	6,5
3	9	20,9	8	23,6	17	22,1
4	20	46,5	15	44,1	35	45,4
5	9	20,9	7	20,6	16	20,8
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

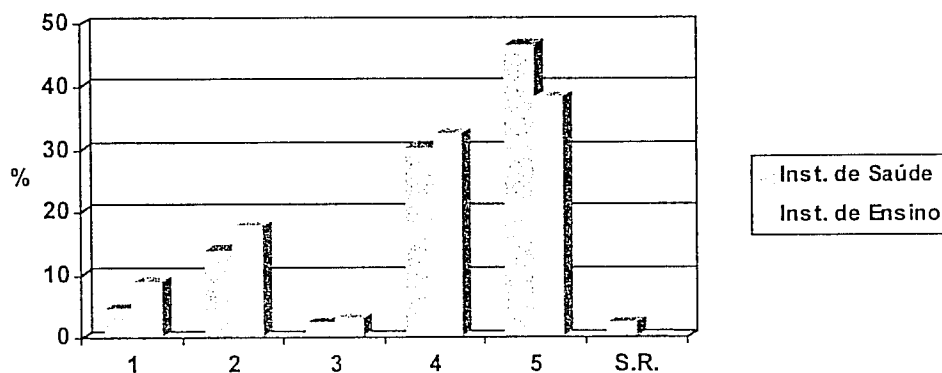


Figura 4.31 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação"

Relativamente ao facto de os fisioterapeutas a exercerem funções docentes deverem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.56

Respostas ao item

Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	0	0,0	1	2,9	1	1,3
3	3	7,0	2	5,8	5	6,5
4	17	39,5	15	44,2	32	41,6
5	21	48,8	15	44,2	36	46,7
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

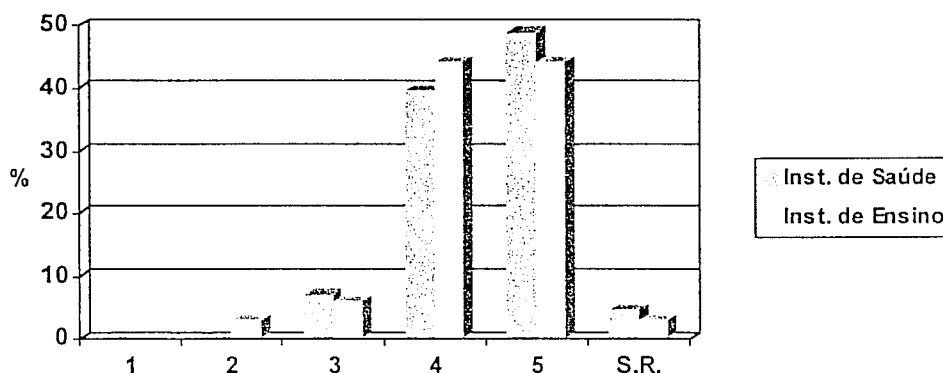


Figura 4.32 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente ao facto dos fisioterapeutas deverem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação.

Quadro 4.57
Respostas ao item
Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto da carreira docente do ensino superior politécnico

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	1	2,3	0	0,0	1	1,3
3	5	11,6	5	14,7	10	13,0
4	17	39,5	11	32,4	28	36,4
5	18	41,9	17	50,0	35	45,4
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

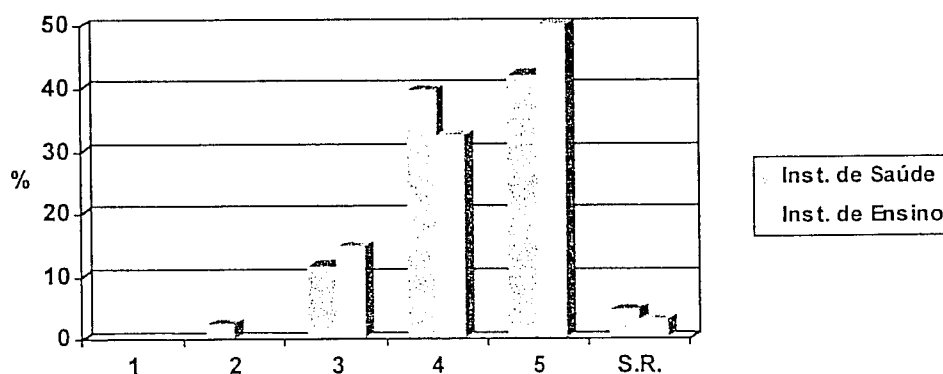


Figura 4.33 — Gráfico de barras das respostas ao item "Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto da carreira docente do ensino superior politécnico"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente ao facto de aos corpos docentes das ESTeS se dever aplicar o estatuto do pessoal docente do ensino superior politécnico.

Quadro 4.58
Respostas ao item
O curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	1	2,9	2	2,6
2	3	7,0	2	5,9	5	6,5
3	7	16,3	9	26,5	16	20,8
4	19	44,2	15	44,1	34	44,1
5	11	25,6	6	17,7	17	22,1
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

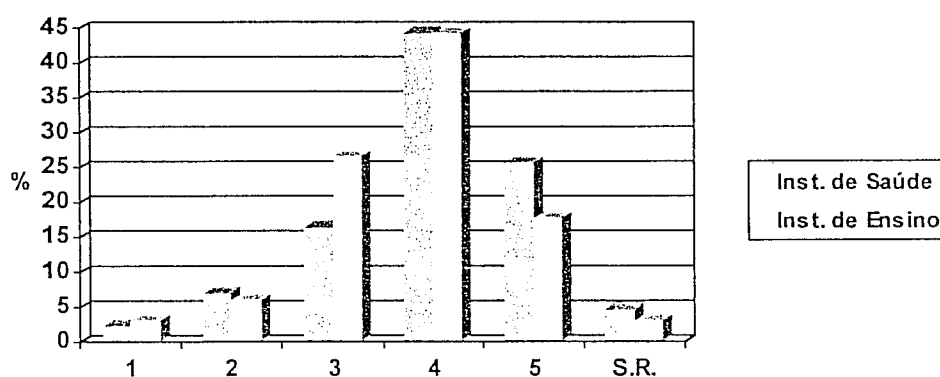


Figura 4.34 — Gráfico de barras das respostas ao item "O curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS"

Relativamente ao facto do curso superior de Fisioterapia dever continuar integrado nas ESTeS, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma concordância moderada.

4.2.6.8. Área temática “Formação pós-graduada na ESTeS de Lisboa”

Quadro 4.59
Respostas ao item
A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	4	9,3	3	8,8	7	9,1
2	4	9,3	1	2,9	5	6,5
3	10	23,3	8	23,5	18	23,4
4	15	34,8	13	38,3	28	36,3
5	7	16,3	6	17,7	13	16,9
Sem resposta	3	7,0	3	8,8	6	7,8
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

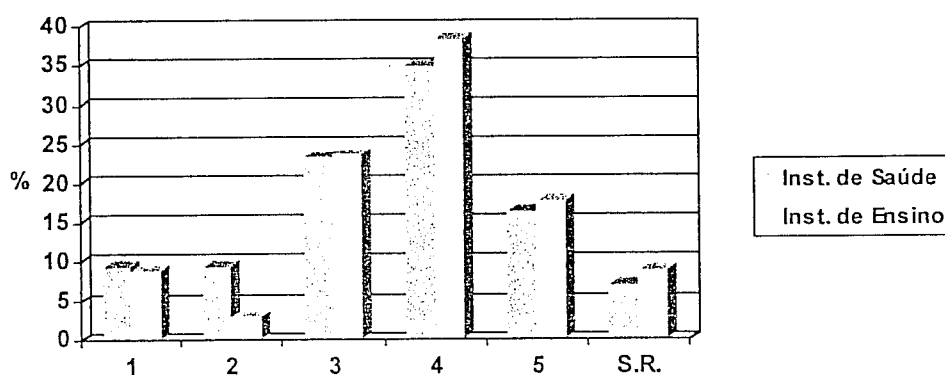


Figura 4.35 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração"

Relativamente ao facto de, no âmbito da formação pós-graduada, a ESTeS leccionar cursos de pequena duração, tanto os fisioterapeutas do exercício como os que exercem funções docentes expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.60
Respostas ao item
A ESTeS deverá leccionar CESEs

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,7	0	0,0	2	2,6
2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3	1	2,3	3	8,8	4	5,2
4	20	46,5	8	23,5	28	36,4
5	18	41,8	22	64,8	40	51,9
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

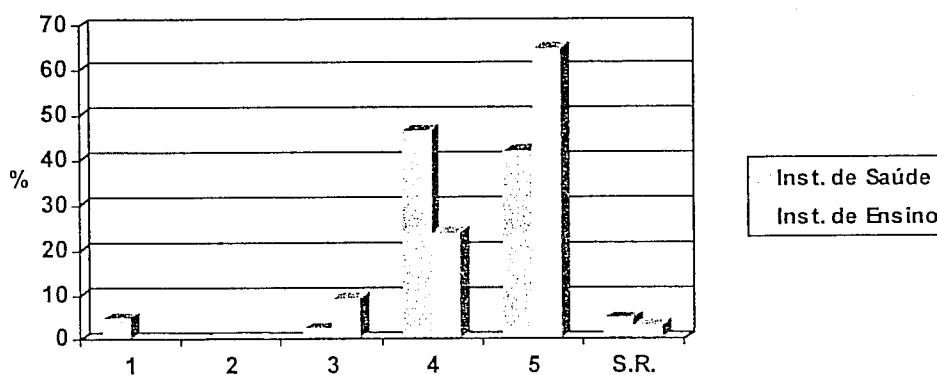


Figura 4.36 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS deverá leccionar CESEs"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente ao facto da ESTeS vir a leccionar CESEs.

Quadro 4.61
Respostas ao item
Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia»

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	2	4,6	2	5,9	4	5,2
2	4	9,3	5	14,7	9	11,7
3	7	16,3	3	8,8	10	13,0
4	17	39,6	16	47,1	33	42,8
5	11	25,6	7	20,6	18	23,4
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

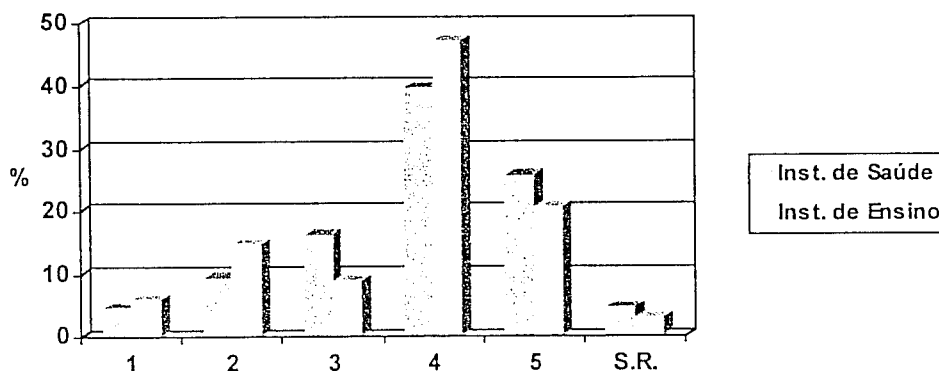


Figura 4.37 — Gráfico de barras das respostas ao item "Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia»"

Relativamente ao facto de para obter o grau de Licenciado dever ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia», tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes, expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.62
Respostas ao item

A ESTeS-Lx deverá continuar a leccionar o CESE em ensino e administração

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	1	2,9	1	1,3
2	2	4,6	0	0,0	2	2,6
3	14	32,6	7	20,6	21	27,3
4	18	41,9	20	58,9	38	49,3
5	7	16,3	5	14,7	12	15,6
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

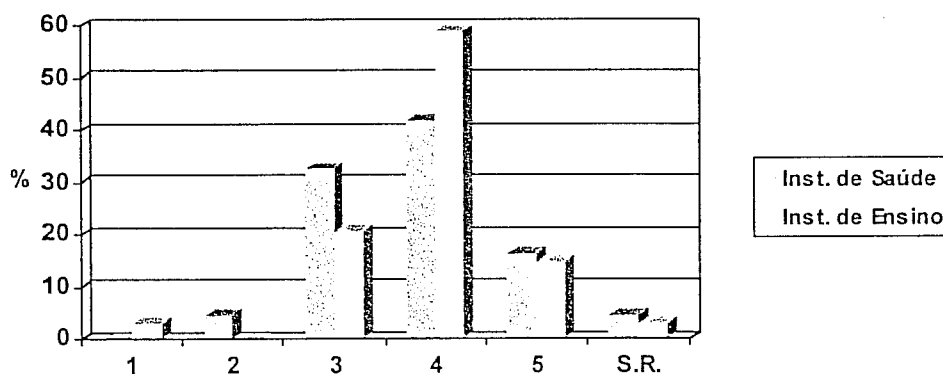


Figura 4.38 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS-Lx deverá continuar a leccionar o CESE em ensino e administração"

Relativamente à continuação da leccionação do CESE em Ensino e Administração, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes, expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.63
Respostas ao item

A ESTeS-Lx deve atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	5	11,6	2	5,9	7	9,1
3	12	27,9	11	32,4	23	29,9
4	17	39,5	14	41,2	31	40,2
5	7	16,3	6	17,6	13	16,9
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

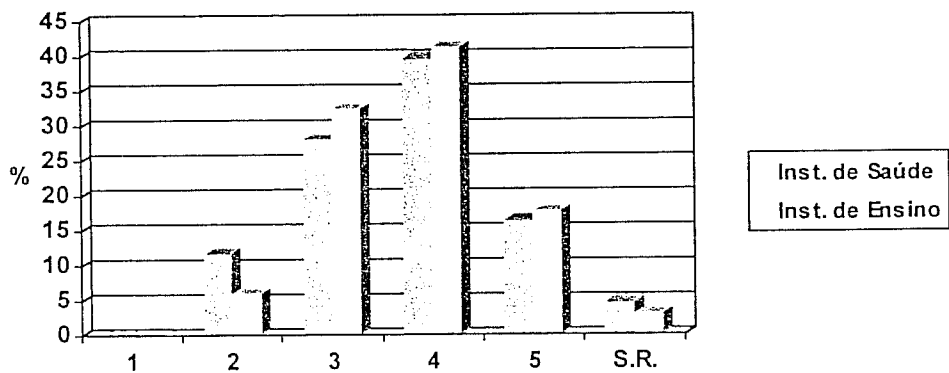


Figura 4.39 — Gráfico de barras das respostas ao item "A ESTeS-Lx deve atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração"

Relativamente à equivalência do CCEA ao CESE em Ensino e Administração, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes, expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.64
Respostas ao item
Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	1	2,9	1	1,3
2	2	4,6	1	2,9	3	3,9
3	15	34,9	5	14,7	20	26,0
4	17	39,6	18	53,0	35	45,4
5	7	16,3	7	20,6	14	18,2
Sem resposta	2	4,6	2	5,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

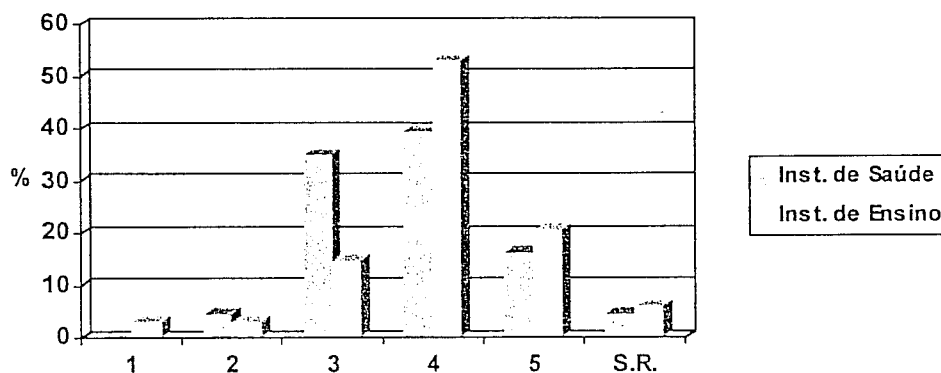


Figura 4.40 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista"

Relativamente ao facto de os CESEs na área científica «Fisioterapia» deverem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes, expressam actualmente uma concordância moderada.

4.2.6.9. Área temática “Criação de cursos de Fisioterapia”

Quadro 4.65

Respostas ao item

Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	1	2,3	2	5,9	3	3,9
2	8	18,6	2	5,9	10	13,0
3	7	16,3	8	23,5	15	19,5
4	14	32,6	12	35,3	26	33,7
5	11	25,6	9	26,5	20	26,0
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

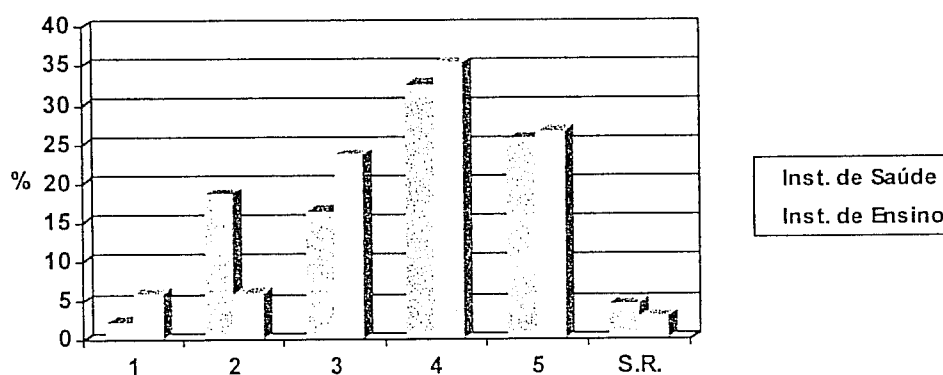


Figura 4.41 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde"

Relativamente à criação de cursos de Fisioterapia por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes, expressam actualmente uma concordância moderada.

Quadro 4.66
Respostas ao item

Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	7	16,3	3	8,8	10	13,0
2	13	30,2	7	20,6	20	26,0
3	7	16,3	9	26,5	16	20,8
4	10	23,3	12	35,3	22	28,5
5	4	9,3	2	5,9	6	7,8
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

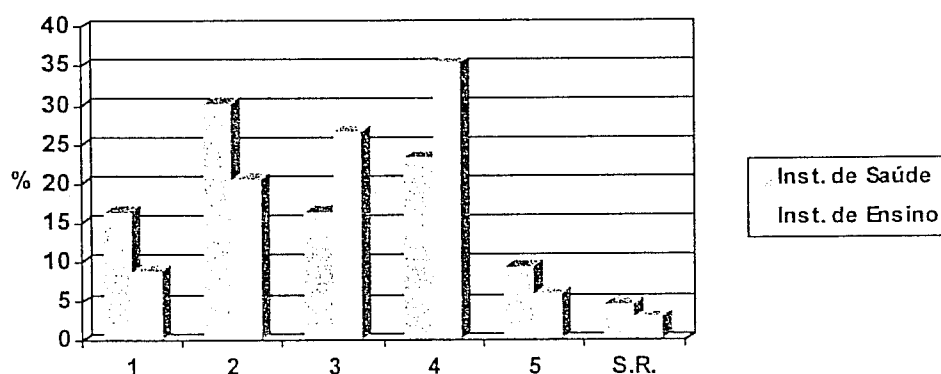


Figura 4.42 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo"

Na análise dos dados relativamente à criação de cursos de Fisioterapia ao abrigo do estatuto do ensino privado e cooperativo, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.67
Respostas ao item
A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2	1	2,3	2	5,9	3	3,9
3	1	2,3	5	14,7	6	7,8
4	21	48,8	14	41,2	35	45,4
5	18	41,9	12	35,3	30	39,0
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

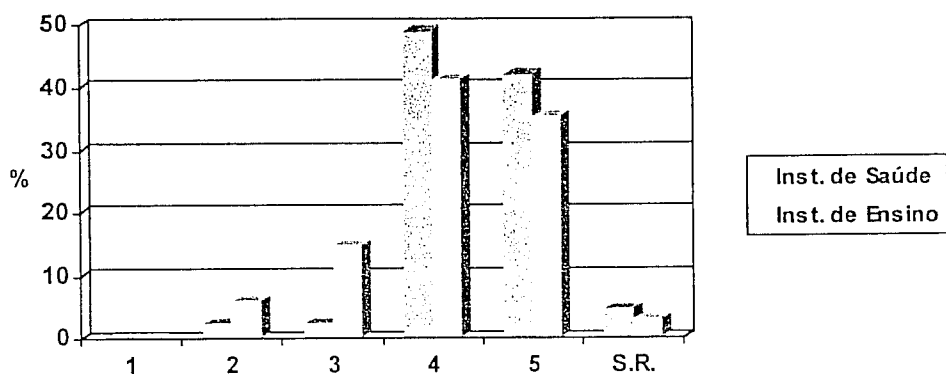


Figura 4.43 — Gráfico de barras das respostas ao item "A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia"

A grande maioria dos fisioterapeutas do exercício e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma forte concordância relativamente ao facto da APF se pronunciar sobre a criação de cursos de Fisioterapia.

Quadro 4.68
Respostas ao item

Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	3	7,0	0	0,0	3	3,9
2	9	20,9	8	23,5	17	22,1
3	19	44,2	12	35,3	31	40,2
4	7	16,3	9	26,5	16	20,8
5	3	7,0	3	8,8	6	7,8
Sem resposta	2	4,6	2	5,9	4	5,2
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

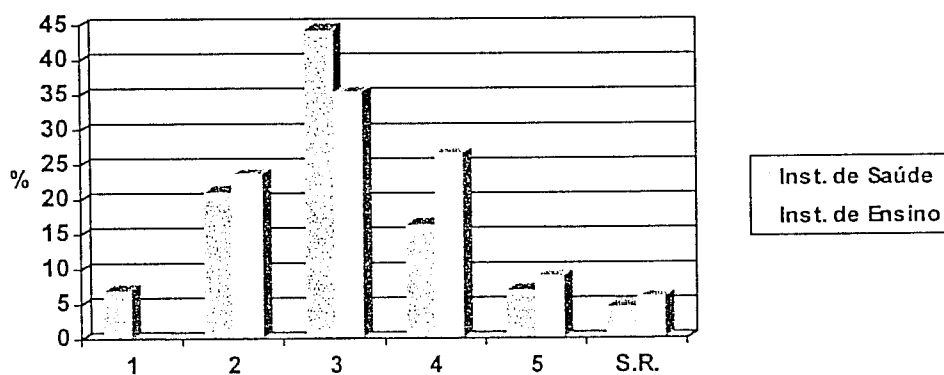


Figura 4.44 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia"

Na análise dos dados relativamente ao facto dos sindicatos se pronunciarem sobre a criação de cursos de Fisioterapia, verificou-se uma grande tendência para a dispersão dos resultados tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

4.2.6.10. Área temática “Organizações representativas dos fisioterapeutas”

Quadro 4.69

Respostas ao item

Os fisioterapeutas estão representados nos conselhos de administração das instituições de saúde

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	12	27,9	13	38,3	25	32,4
2	11	25,6	9	26,5	20	26,0
3	6	14,0	3	8,8	9	11,7
4	5	11,6	3	8,8	8	10,4
5	7	16,3	5	14,7	12	15,6
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

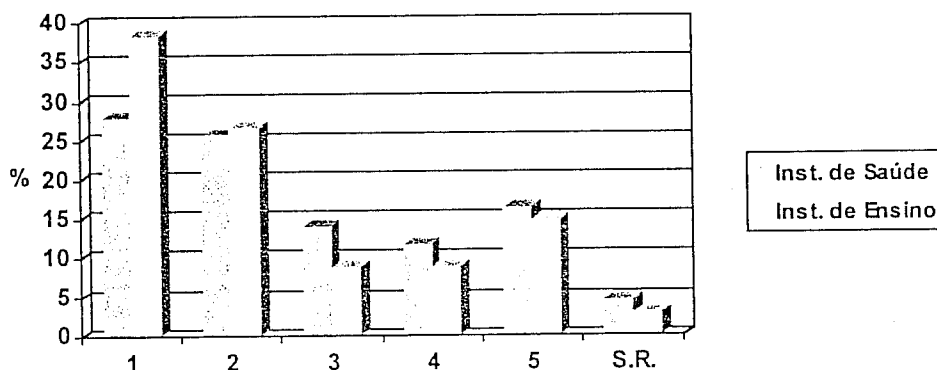


Figura 4.45 — Gráfico de barras das respostas ao item “Os fisioterapeutas estão representados nos conselhos de administração das instituições de saúde”

Relativamente aos fisioterapeutas estarem representados nos conselhos de administração, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressam actualmente uma discordância moderada.

Quadro 4.70
Respostas ao item
A APF é representativa de todos os fisioterapeutas

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	4	9,3	8	23,5	12	15,6
2	14	32,6	15	44,2	29	37,6
3	12	27,9	3	8,8	15	19,5
4	5	11,6	5	14,7	10	13,0
5	6	13,9	2	5,9	8	10,4
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

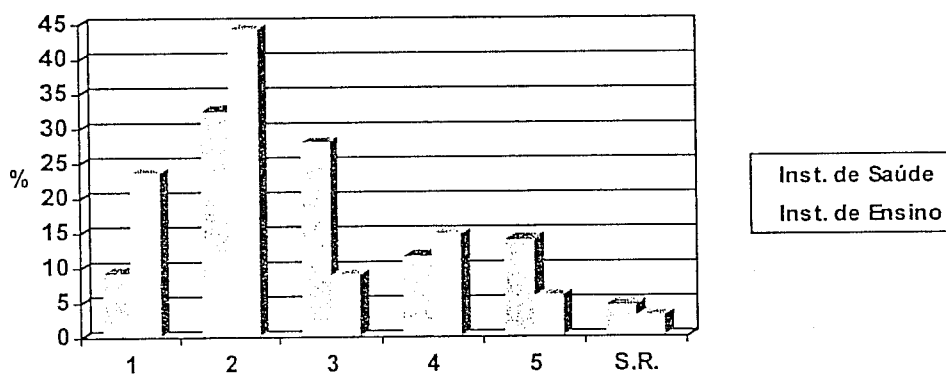


Figura 4.46 — Gráfico de barras das respostas ao item "A APF é representativa de todos os fisioterapeutas"

Relativamente à representatividade da APF, tanto os fisioterapeutas do exercício como os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressaram uma moderada discordância.

Quadro 4.71
Respostas ao item
Os sindicatos representam todos os fisioterapeutas

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	7	16,3	8	23,5	15	19,5
2	27	62,8	13	38,3	40	51,9
3	3	7,0	8	23,5	11	14,3
4	3	7,0	4	11,8	7	9,1
5	1	2,3	0	0,0	1	1,3
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

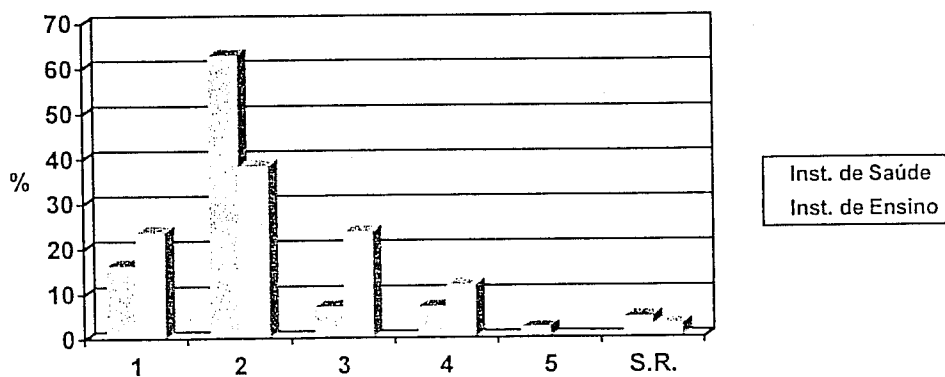


Figura 4.47 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os sindicatos representam todos os fisioterapeutas"

No que diz respeito à representatividade dos actuais sindicatos, verificou-se uma forte discordância nos fisioterapeutas do exercício e uma moderada discordância nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.72
Respostas ao item

Deve existir um «Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias da Saúde» com estatuto de utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	1	2,9	1	1,3
2	2	4,7	2	5,9	4	5,2
3	6	13,9	5	14,7	11	14,3
4	17	39,5	18	53,0	35	45,4
5	16	37,2	7	20,6	23	29,9
Sem resposta	2	4,7	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

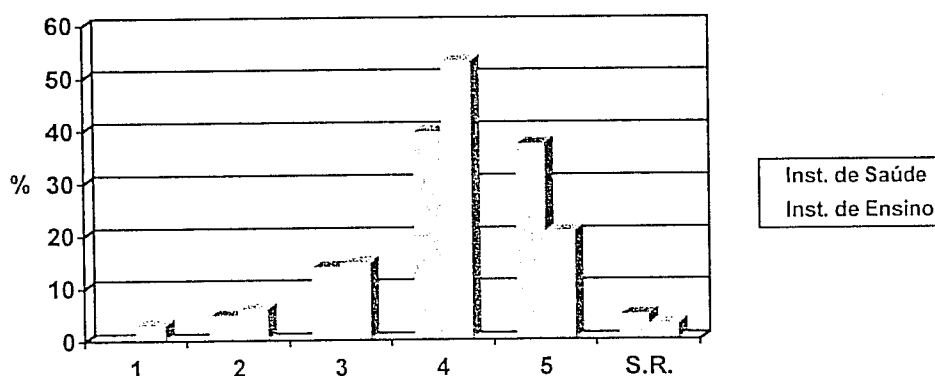


Figura 4.48 — Gráfico de barras das respostas ao item "Deve existir um «Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias da Saúde» com estatuto de utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados"

No que diz respeito à possibilidade de vir a existir um «Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias da Saúde» verifica-se uma concordância forte tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

Quadro 4.73
Respostas ao item
Os fisioterapeutas devem ser representados por sindicatos próprios

Graus de Concordância	Instituições de Saúde		Instituição de Ensino		Totais	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0	4	11,8	4	5,2
2	0	0,0	1	2,9	1	1,3
3	6	14,0	5	14,7	11	14,3
4	13	30,2	9	26,5	22	28,6
5	22	51,2	14	41,2	36	46,7
Sem resposta	2	4,6	1	2,9	3	3,9
Totais	43	100,0	34	100,0	77	100,0

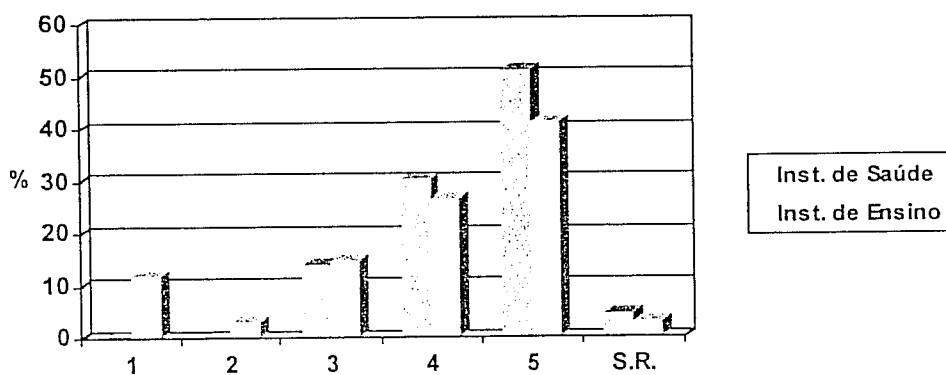


Figura 4.49 — Gráfico de barras das respostas ao item "Os fisioterapeutas devem ser representados por sindicatos próprios"

No que diz respeito à possibilidade de vir a existir um sindicato de fisioterapeutas verificou-se uma forte concordância nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

4.3. Discussão e interpretação dos resultados por área temática

4.3.1. Considerações prévias

Nesta secção faremos a discussão dos resultados obtidos no nosso estudo. Esta situar-se-á em dois níveis. Num primeiro nível tentaremos identificar as tendências que os itens apresentam e as relações que se estabelecem entre os mesmos. Num segundo nível procuraremos o confronto dos resultados do presente estudo com os encontrados em estudos de autores citados no enquadramento teórico. É de salientar, porém, que os objectivos e as metodologias são diferentes nos vários estudos, o que dificultará uma comparação estreita dos resultados.

As tendências que identificamos nos itens que constituem a escala de atitudes foram as seguintes:

1. Tendência para a **dispersão**, tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.
2. Tendência para a **discordância** tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.
3. Tendência para a **concordância forte** tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.
4. Tendência para a **concordância moderada** tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.
5. Tendência para a **concordância moderada** nos fisioterapeutas do exercício e para a **concordância forte** nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.
6. Tendência para a **concordância forte** nos fisioterapeutas do exercício e para a **concordância moderada** nos fisioterapeutas que exercem funções docentes.

O critério que esteve presente para agregar em categorias as tendências enumeradas, está directamente ligado às percentagens obtidas em cada item para os cinco graus da escala de atitudes. Assim, numa discussão de primeira linha, analisaremos individualmente cada uma das tendências identificadas.

4.3.2. Itens com tendência para a dispersão

Nos itens com tendência para a dispersão considerámos três subcategorias: a discordância, a neutralidade e a concordância, tanto para os fisioterapeutas do exercício como para os que exercem funções docentes, verificando-se que nenhuma delas ultrapassou a percentagem de 60%.

Quadro 4.74
Percentagens dos itens com tendência para a dispersão

Itens referentes aos quadros	Discordância		Neutralidade		Concordância	
	Exercício	Ensino	Exercício	Ensino	Exercício	Ensino
4.33	39,5	29,4	18,6	38,2	37,2	29,5
4.38	32,6	32,3	9,3	20,6	53,4	41,2
4.40	16,3	14,7	20,9	32,4	58,4	47,0
4.46	32,6	41,2	39,5	26,5	20,9	29,4
4.48	11,6	17,6	32,6	32,4	48,8	47,1
4.49	7,0	17,6	32,6	32,4	53,4	47,1
4.50	13,9	26,5	44,2	23,6	34,9	47,0
4.52	58,1	50,1	20,9	23,5	14,0	23,5
4.66	46,5	29,4	16,3	26,5	32,6	41,2
4.68	27,9	23,5	44,2	35,3	23,3	35,2

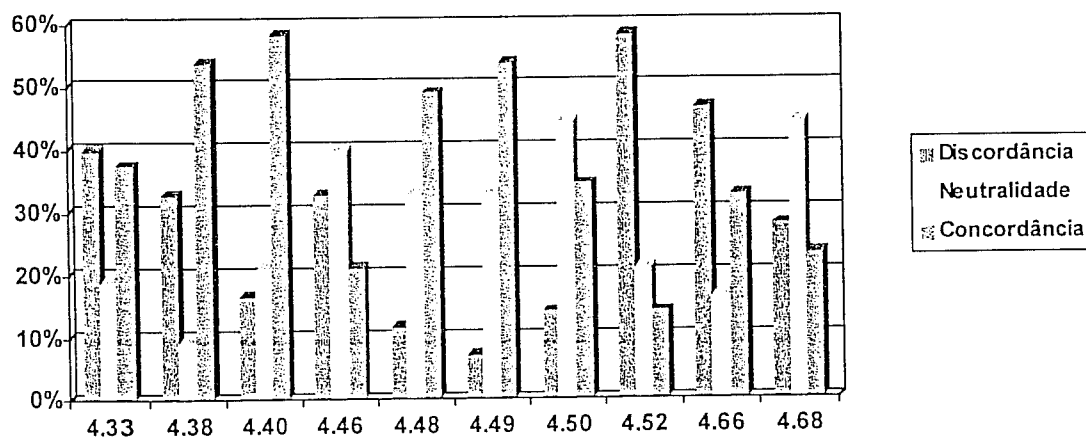


Figura 4.50 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a dispersão referentes ao exercício

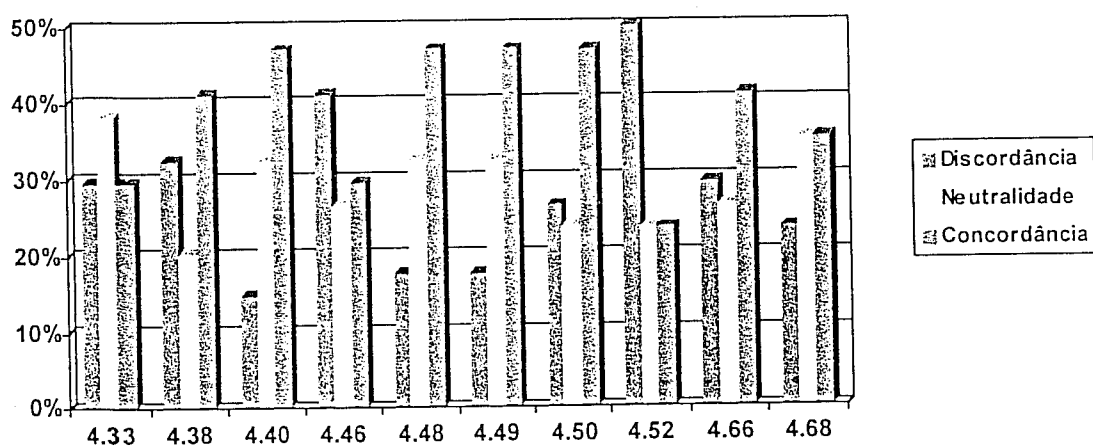


Figura 4.51 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a dispersão referentes ao ensino

Verificamos a tendência para a dispersão tanto nos fisioterapeutas do exercício como nos fisioterapeutas que exercem funções docentes nas seguintes áreas temáticas da escala de atitudes:

- a) Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública.
- b) Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública.
- c) Competências actuais dos fisioterapeutas na administração pública.
- d) Criação de cursos de Fisioterapia

Analisaremos em seguida cada uma das áreas temáticas.

- a) Na área temática Enquadramento profissional actual do fisioterapeuta na administração pública, de entre os cinco itens que a constituem na escala de atitudes, só um item apresentou tendência para a dispersão. Neste item solicitámos a opinião dos fisioterapeutas sobre o facto de actualmente estes profissionais exercerem integrados numa equipa de saúde e a sua intervenção ser feita sob prescrição do respectivo elemento médico.
- b) Na área temática Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública verificamos que apenas dois dos oito itens que a constituem, apresentam tendência para a dispersão e referem-se, respectivamente, à colaboração do fisioterapeuta no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas, e à elaboração de relatórios dos resultados obtidos.
- c) Na área temática Competências actuais dos fisioterapeutas na administração pública verificamos que cinco em sete dos seus itens apresentam tendência para a dispersão. O primeiro item onde verificamos essa tendência é o que se refere ao facto de, actualmente, o fisioterapeuta de 1ª classe enquadrar e coordenar o pessoal da sua profissão. Três dos outros itens que apresentam tendências para a dispersão dizem respeito ao facto de actualmente o fisioterapeuta, de 1ª classe ou principal, colaborar como monitor nos cursos de formação, e dos fisioterapeutas habilitados com o CCEA exercerem funções docentes nas escolas. Ainda nesta área temática, verificou-se a mesma tendência no item relativo aos fisioterapeutas deverem actualmente continuar a estar integrados na carreira de diagnóstico e terapêutica na administração pública.
- d) Na área temática Criação de cursos de Fisioterapia verificamos que dois dos seus quatro itens apresentaram tendência para a dispersão. Assim, o primeiro diz respeito ao facto dos cursos de Fisioterapia poderem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo, enquanto que o outro é relativo ao facto de os sindicatos se pronunciarem sobre a criação de cursos de Fisioterapia.

4.3.3. Itens com tendência para a discordância

Nesta tendência consideramos, para efeitos de discussão dos resultados, que abaixo de 60% a discordância é fraca, entre 60% e 75% a discordância é moderada e acima de 75% a discordância é forte.

Quadro 4.75
Itens com tendência para a discordância

Itens referentes aos quadros	Percentagens de discordância		Tipo de discordância	
	Exercício	Ensino	Exercício	Ensino
4.30	67,5	67,7	Moderada	Moderada
4.31	72,1	79,4	Moderada	Forte
4.32	81,4	79,4	Forte	Forte
4.69	53,5	64,8	Fraca	Moderada
4.70	41,9	67,7	Fraca	Moderada
4.71	79,1	61,8	Forte	Moderada

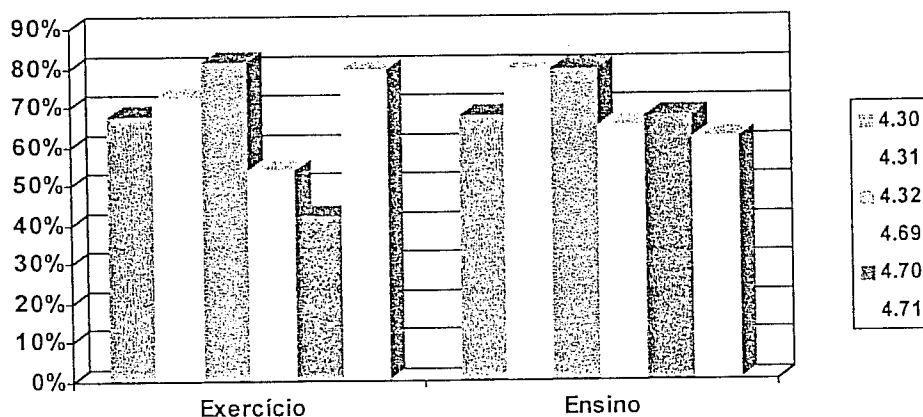


Figura 4.52 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a discordância

A tendência para a discordância centra-se sobretudo na área temática Regulamentação da profissão de fisioterapeuta, onde todos os itens que a constituem apresentam essa tendência. Também em três dos cinco itens da área temática Organizações representativas dos fisioterapeutas se manifesta a tendência para a discordância.

Analisaremos em seguida cada uma das áreas temáticas.

a) Na área temática Regulamentação da profissão de fisioterapeuta tanto os fisioterapeutas do exercício como os do ensino expressaram uma tendência para a discordância em todos os itens:

- *Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer*

Fisioterapia até à regulamentação da profissão: tanto os fisioterapeutas do exercício como os que exercem funções docentes discordam moderadamente.

- *Os trabalhadores autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão:* tanto os fisioterapeutas do exercício como os que exercem funções docentes discordam, embora os primeiros apresentam uma discordância moderada e os segundos uma discordância forte.
- *Os trabalhadores subordinados e autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão:* tanto os fisioterapeutas do exercício como os que exercem funções docentes expressaram opiniões de forte discordância.

b) Na área temática **Organizações representativas dos fisioterapeutas** tanto os fisioterapeutas do exercício como os do ensino expressaram uma tendência para a discordância nos itens:

- *Actualmente os fisioterapeutas estão representados nos conselhos de administração das instituições de saúde,* onde os dois grupos de fisioterapeutas expressaram uma discordância fraca.
- *Actualmente a APF é representativa de todos os fisioterapeutas,* onde os fisioterapeutas do exercício expressaram uma discordância fraca e os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressaram uma discordância moderada.
- *Actualmente os sindicatos representam todos os fisioterapeutas,* onde os fisioterapeutas do exercício expressaram uma discordância forte e os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressaram uma discordância moderada.

4.3.4. Itens com tendência para a concordância forte

Nesta tendência, para efeitos de discussão dos resultados, considerámos que 75% era o valor mínimo para que o item nela se enquadrasse, tanto para os fisioterapeutas do exercício como para os que exercem funções docentes.

Quadro 4.76
Itens com tendência para a concordância forte

Itens referentes aos quadros	Percentagens de concordância forte	
	Exercício	Ensino
4.27	83,7	88,3
4.37	90,7	82,4
4.39	93,1	85,4
4.41	93,1	94,2
4.42	90,6	94,2
4.44	79,1	85,3
4.45	79,1	85,3
4.56	88,3	88,4
4.57	81,4	82,4
4.60	88,3	88,3
4.67	90,7	76,5

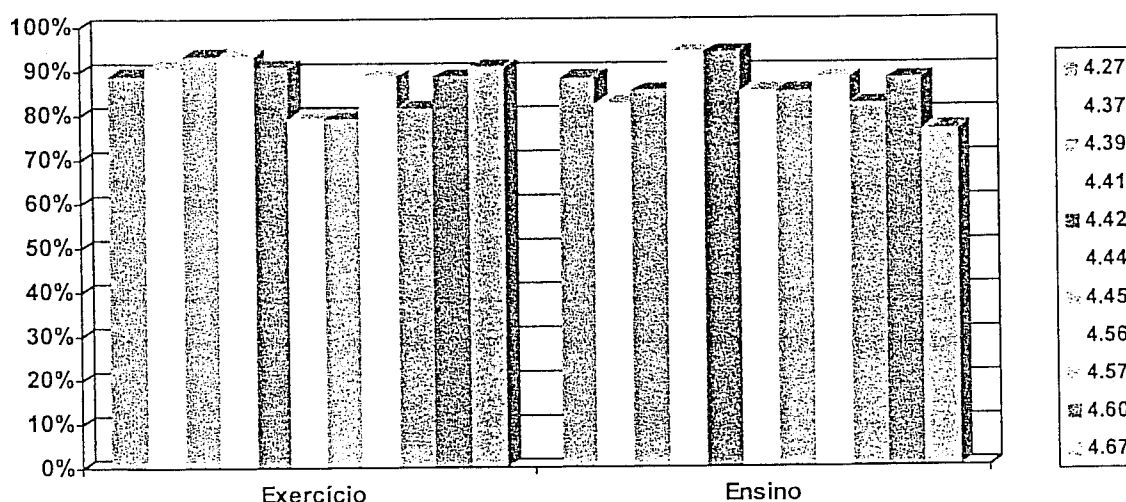


Figura 4.53 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a concordância forte

A tendência para a concordância forte verificou-se em onze itens dos quarenta e sete que constituem a escala de atitudes, sendo muito significativa na área temática Conteúdo funcional actual do fisioterapeuta na administração pública onde cinco dos seus oito itens apresentaram percentagens de concordância superiores a 75%. No entanto, outras áreas temáticas apresentam igualmente essa tendência, embora com uma expressão muito menor. São elas as áreas temáticas Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta, Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública, Formação pós-graduada na ESTeS e Criação de cursos de Fisioterapia.

Em seguida analisaremos cada uma das áreas temáticas:

- a) Na área temática **Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta** verificamos que um dos seus três itens apresentou uma concordância forte. O item em causa refere-se à necessidade da titularidade de um curso de Fisioterapia reconhecido nos termos legais para poder efectivamente exercer a profissão.
- b) Na área temática **Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública** verificamos que um dos seus cinco itens apresentou valores que apontam para uma concordância forte. Nesse item procurámos saber a opinião dos fisioterapeutas do ensino e do exercício sobre o facto de actualmente terem acesso aos dados clínicos pessoais e sociais dos seus doentes, necessários ao correcto exercício das suas funções. ...
- c) Tal como já referimos anteriormente, a área temática **Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública** é aquela onde se verificou uma concordância forte muito expressiva, uma vez que cinco dos seus oito itens apresentam valores que indicam uma concordância forte. Nos itens que apresentam tendência para uma concordância forte referem-se os aspectos seguintes do actual conteúdo funcional dos fisioterapeutas:
- Actualmente o fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, consoante a sua incapacidade ou deficiência.
 - Actualmente o fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão.
 - Actualmente o fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento.
 - Actualmente o fisioterapeuta utiliza electroterapia.
 - Actualmente o fisioterapeuta utiliza hidroterapia.
- d) Na área temática **Integração no ensino superior** verificamos que dois dos seus seis itens apresentam tendência para uma concordância forte. Os itens que apresentam tal tendência, remeteu-nos para o seguinte aspecto relevante da própria trajectória que constitui por si só a integração do ensino da Fisioterapia no ensino superior:
- Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação.
 - Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto da carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico.
- e) Na área temática **Formação pós-graduada na ESTeS**, um dos seus seis itens mereceu a concordância total por parte dos fisioterapeutas do exercício e do ensino que participaram no estudo:
- A ESTeS deverá leccionar CESEs.

f) Na área temática **Criação de cursos de Fisioterapia** verificamos que num dos seus quatro itens os fisioterapeutas expressam uma tendência para concordância forte:

- A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia.

4.3.5. Itens com tendência para a concordância moderada

Nesta tendência, para efeitos de discussão dos resultados, considerámos que a mesma se situava entre os 50% e os 75%.

Quadro 4.77
Itens com tendência para a concordância moderada

Itens referentes aos quadros	Percentagens de concordância moderada	
	Exercício	Ensino
4.29	58,2	55,9
4.34	62,7	58,8
4.36	62,7	61,8
4.47	67,5	67,7
4.54	58,2	58,8
4.55	67,4	64,7
4.58	69,8	61,8
4.59	51,1	56,0
4.61	65,2	67,7
4.62	58,2	73,6
4.63	55,8	58,8
4.64	55,9	73,6
4.65	58,2	61,8

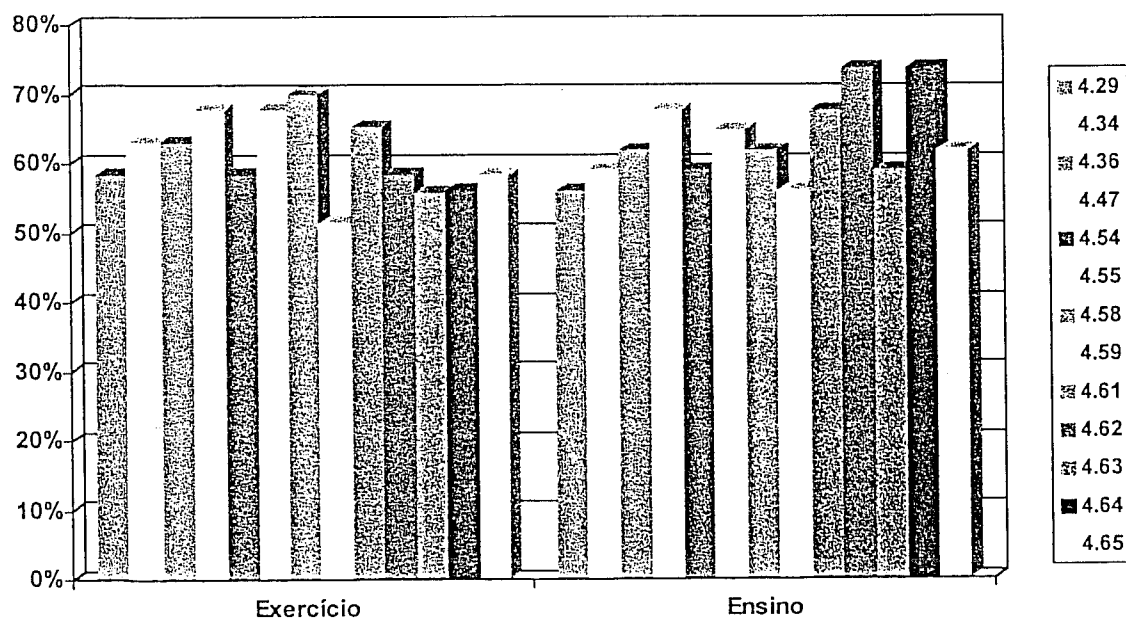


Figura 4.54 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para a concordância moderada

A concordância moderada verificou-se em treze dos quarenta e sete itens que constituem a escala de atitudes. A área temática mais significativa nesta tendência é a **Formação pós-graduada na ESTeS** já que dos seus seis itens, cinco apresentam valores que apontam no sentido da concordância moderada. Existem, no entanto, outras áreas temáticas que se enquadram nesta tendência, embora de uma forma muito menos expressiva, que passamos a enumerar: **Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta**, **Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública**, **Competências actuais do fisioterapeuta na administração pública**, **Integração no ensino superior** e **Criação de cursos de Fisioterapia**.

Em seguida analisaremos cada uma das áreas temáticas:

- a) Na área temática **Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta**, o item que se refere ao facto de ser necessário a titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública é único de entre os três itens que constituem aquela área temática que apresenta tendência para a concordância moderada.
- b) Na área temática **Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública** verificou-se a tendência para a concordância moderada de dois dos seus cinco itens:
 - Actualmente o fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos.
 - Actualmente o fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa.
- c) Na área temática **Competências actuais do fisioterapeuta na administração pública**, o item *Actualmente o fisioterapeuta principal enquadra e coordena o pessoal da sua profissão* é o único onde é expressada uma tendência para a concordância moderada de entre os sete itens que constituem a referida área temática.
- d) Na área temática **Integração no ensino superior**, a tendência de concordância moderada é representada por três dos seus seis itens:
 - O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde.
 - Os fisioterapeutas actualmente a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação.
 - O curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS.

e) Na área temática **Formação pós-graduada na ESTeS**, cinco dos seus seis itens merecem a concordância moderada por parte dos fisioterapeutas, sendo assim a área com a representatividade mais significativa nesta tendência. Os itens que apresentam tendência para uma concordância moderada referem-se aos seguintes aspectos da formação pós-graduada na ESTeS:

- A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração.
- Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivo na área científica «Fisioterapia».
- A ESTeS deve continuar a leccionar o CESE em ensino e administração.
- A ESTeS deve atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração.
- Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista.

f) Na área temática **Criação de cursos de Fisioterapia**, verificamos que um item de entre os quatro que a constituem apresenta tendência para concordância moderada:

- Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde.

4.3.6. Itens com tendência para uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância forte nos fisioterapeutas que exercem funções docentes

Para efeitos de discussão dos resultados nesta tendência considerámos que a concordância moderada se situa entre os 60% e os 75% e que a concordância forte se situa acima de 75%.

Quadro 4.78

Itens com tendência para uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância forte nos fisioterapeutas que exercem funções docentes

Itens referentes aos quadros	Percentagens de concordância	
	Exercício	Ensino
4.35	62,7	82,4
4.51	65,1	76,6

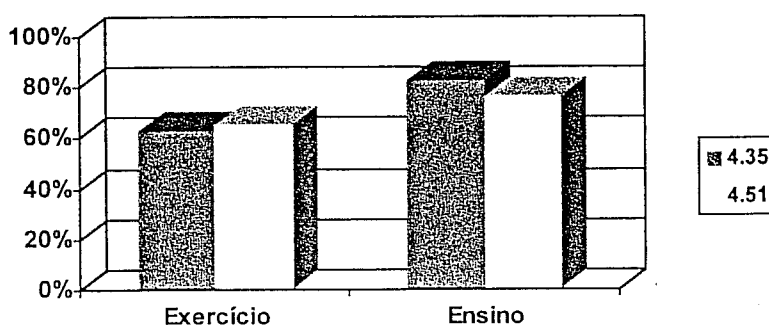


Figura 4.55 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para uma concordância moderada nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância forte nos fisioterapeutas que exercem funções docentes

Em relação à situação tratada nesta subsecção foram identificados apenas dois itens.

O item *Actualmente o fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção* faz parte da área temática **Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública**, sendo o único dos seus cinco itens que apresenta este tipo de tendência que exprime diferentes opiniões entre os fisioterapeutas do exercício e daqueles que desempenham funções docentes. Verificamos assim, que para os últimos a tendência para a autonomização da programação, execução e avaliação das técnicas de intervenção é marcada por uma forte concordância, enquanto que os fisioterapeutas do exercício exprimem apenas uma concordância moderada.

O item *Actualmente o acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante concurso de provas públicas* que faz parte da área temática **Competências actuais do fisioterapeuta na administração pública**, é o único dos itens desta área temática que apresenta este tipo de tendência que exprime diferentes opiniões entre os fisioterapeutas do exercício e daqueles que exercem funções docentes. Verificamos assim, que para os últimos, a realização de provas públicas para o acesso à categoria de especialista merece uma concordância forte, enquanto que os fisioterapeutas do exercício exprimem sobre este item uma concordância moderada.

Em nossa opinião, as respostas a estes dois itens marcam a diferença entre os fisioterapeutas do exercício e os fisioterapeutas que exercem funções docentes, porque tanto o primeiro como o segundo item remetem os fisioterapeutas para um percurso de autonomia e responsabilidade comprovado publicamente.

4.3.7. Itens com tendência para uma concordância forte nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes

Na discussão dos resultados relativamente a esta tendência considerámos que a concordância moderada se situa entre os 60% e os 75% e que a concordância forte se situa acima dos 75%.

Quadro 4.79

Itens com tendência para uma concordância forte nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes

Itens referentes aos quadros	Percentagens de concordância	
	Exercício	Ensino
2.28	76,7	70,6
2.43	79,1	67,7
2.53	83,7	73,6
2.72	76,7	73,6
2.73	81,4	67,7

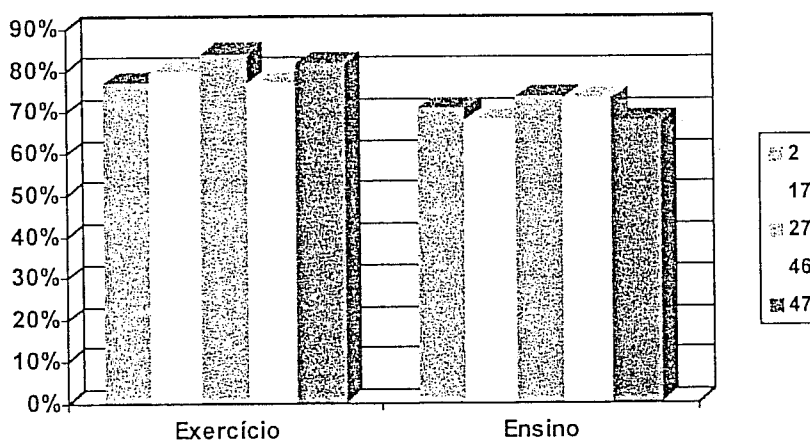


Figura 4.56 — Gráfico de barras das percentagens dos itens com tendência para uma concordância forte nos fisioterapeutas do exercício e uma concordância moderada nos fisioterapeutas que exercem funções docentes

Em relação à situação tratada nesta subsecção identificamos cinco itens.

Nesta tendência a área temática Organizações representativas dos fisioterapeutas é a que apresenta maior representatividade já que, dois dos seus cinco itens, foram identificados com a mesma. Foram ainda identificadas com esta tendência itens de outras áreas temáticas: Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta, Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública e Integração no ensino superior.

Em seguida analisaremos cada uma das áreas temáticas:

- a) Na área temática **Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta**, o item que procura auscultar a opinião dos fisioterapeutas sobre a titularidade de diploma e certificado reconhecido por despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde, é o único com esta tendência de entre os três que integram a escala de atitudes sobre este tema. Ele revela tendências diferentes nos fisioterapeutas do ensino e dos fisioterapeutas que exercem funções docentes: no primeiro grupo, existe uma concordância forte e no segundo grupo, uma concordância moderada.
- b) O item *Actualmente o fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas* é o único dos oito itens que constituem a área temática **Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública** que apresenta estes dois tipos de concordância, sendo concordância forte quando se trata de fisioterapeutas do exercício e concordância moderada por parte dos fisioterapeutas que exercem funções docentes.
- c) As opiniões dos fisioterapeutas do exercício e dos que exercem funções docentes dividem-se quando se trata do item *As ESTeS devem ser dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira* que faz parte da área temática **Integração no ensino superior**, sendo o único de entre os seis itens que a constituem, a apresentar tal tendência. Os fisioterapeutas do exercício expressaram uma concordância forte e os fisioterapeutas que exercem funções docentes expressaram uma concordância moderada.
- d) Na área temática **Organizações representativas dos fisioterapeutas**, dois de entre os seus cinco itens apresentam a tendência de concordância forte relativamente aos fisioterapeutas do exercício e de concordância moderada relativamente aos fisioterapeutas que exercem funções docentes. Os itens a que nos referimos são:
- Deve existir um Conselho Nacional das profissões de Tecnologias da Saúde com utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados.
 - Os fisioterapeutas devem ser representados por um sindicato próprio.

4.3.8. Relação entre os itens de cada área temática

4.3.8.1. Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta

Quadro 4.80
Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta

Itens	Exercício	Ensino
1. A titularidade de curso reconhecido nos termos legais (quadro 4.27)	Concordância forte	Concordância forte
2. A titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde (quadro 4.28)	Concordância forte	Concordância moderada
3. A titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública (quadro 4.29)	Concordância moderada	Concordância moderada

Nesta área temática verificamos variação entre concordâncias fortes e moderadas.

Observamos ainda uma sintonia de opiniões entre os fisioterapeutas do exercício e do ensino em dois dos seus três itens, que passamos a enumerar: a titularidade de curso reconhecido nos termos legais e a titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública.

Identificamos por último apenas uma ligeira assimetria nas opiniões dos fisioterapeutas do exercício e do ensino no item que se refere à titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde.

4.3.8.2. Regulamentação da profissão de fisioterapeuta

Quadro 4.81
Regulamentação da profissão de fisioterapeuta

Itens	Exercício	Ensino
1. Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão (quadro 4.30)	Discordância moderada	Discordância moderada
2. Os trabalhadores autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão (quadro 4.31)	Discordância moderada	Discordância forte
3. Os trabalhadores subordinados ou autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão (quadro 4.32)	Discordância forte	Discordância forte

Nesta área temática verificamos uma variação entre discordâncias fortes e moderadas.

Observamos uma sintonia de opiniões entre os fisioterapeutas do exercício e do ensino nos itens 1 e 3. Em nossa opinião uma das possibilidades de interpretação relativamente a estes aspectos, prende-se com o facto de que, no nosso estudo, tanto os fisioterapeutas do exercício como os do ensino discordam com a mesma veemência que a profissão de fisioterapeuta seja exercida por trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão possam continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão e por todos os profissionais (autónomos ou subordinados) após a sua regulamentação.

Identificamos uma ligeira assimetria nas opiniões dos fisioterapeutas do exercício e do ensino relativamente ao facto de os trabalhadores autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta poderem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão, verificando-se que a discordância é mais forte nos segundos do que nos primeiros.

4.3.8.3. Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública

Quadro 4.82
Enquadramento profissional actual dos fisioterapeutas na administração pública

Itens	Exercício	Ensino
1. Actualmente o fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde, e a sua intervenção é feita sob prescrição do respectivo elemento médico (quadro 4.33)	Dispersão	Dispersão
2. Actualmente o fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos (quadro 4.34)	Concordância moderada	Concordância moderada
3. Actualmente o fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção (quadro 4.35)	Concordância moderada	Concordância forte
4. Actualmente o fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa (quadro 4.36)	Concordância moderada	Concordância moderada
5. Actualmente o fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos pessoais e sociais dos seus doentes necessários ao correcto exercício das suas funções (quadro 4.37)	Concordância forte	Concordância forte

Nesta área temática verificamos uma variabilidade de tendências que vai de uma dispersão de opiniões até à concordância forte e moderada.

Observamos a existência de sintonia de opiniões tanto nos fisioterapeutas do exercício, como do ensino em todos os itens desta área, com excepção do item 3.

A ligeira assimetria de opiniões verificada no item 3 entre os fisioterapeutas do exercício e do ensino pode ter origem no facto de, actualmente, nas escolas, se dar especial importância nos programas e nas metodologias de ensino à programação, execução e avaliação das técnicas adequadas à intervenção. Essa é uma das finalidades da educação em Fisioterapia, com vista à preparação dos estudantes para posteriormente exercerem autonomamente, serem responsáveis pela avaliação do seu doente/utente/cliente, e pelo planeamento do seu programa de intervenção fisioterapêutico, isto é, pela sua intervenção propriamente dita e pela reavaliação do próprio programa face aos resultados obtidos.

A tendência para a dispersão expressa tanto pelos fisioterapeutas do exercício, como do ensino relativamente ao item 1 deve-se, em nossa opinião, à natureza do próprio enquadramento profissional que, nesta situação aparentemente se reveste de uma certa contradição, já que actualmente remete a intervenção do fisioterapeuta para uma equipa de saúde e simulta-

neamente determina que a mesma seja feita sob prescrição do respectivo elemento médico, ou seja, submete o exercício deste profissional a outro, exaltando mais uma vez a tendência de dominância da profissão médica sobre as outras profissões de saúde, deixando em aberto a responsabilidade civil que cada profissional da saúde deve ter ao praticar qualquer acto em saúde.

A concordância moderada expressa pelos fisioterapeutas do exercício e do ensino relativamente aos itens 2 e 4 pode ser encarada como indicador positivo das práticas diárias do fisioterapeuta, porque o facto destes profissionais assegurarem a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos e a comunicação dos resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa, são comportamentos que obrigam a desenvolver atitudes que implicam graus elevados de conhecimentos científicos, responsabilidade e autonomia profissional.

O facto dos fisioterapeutas do exercício e do ensino terem exprimido uma concordância forte relativamente ao item 5 permite-nos considerar como possibilidade de interpretação que o acesso aos dados clínicos pessoais e sociais dos doentes necessários ao correcto exercício das suas funções, parece ter sido liberalizado actualmente, permitido uma correcta utilização da informação disponível sobre o paciente em seu próprio benefício e não como algo que só podia ser acessível a alguns dos profissionais que contactavam com o doente. O acesso aos dados dos doentes pode significar um acréscimo na qualidade da intervenção dos fisioterapeutas e simultaneamente um passo para a autonomização e afirmação da profissão.

4.3.8.4. Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública

Quadro 4.83
Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública

Itens	Exercício	Ensino
1. Actualmente o fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas (quadro 4.38)	Dispersão	Dispersão
2. Actualmente o fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, consoante a sua incapacidade ou deficiência (quadro 4.39)	Concordância forte	Concordância forte
3. Actualmente o fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos (quadro 4.40)	Dispersão	Dispersão
4. Actualmente o fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão (quadro 4.41)	Concordância forte	Concordância forte
5. Actualmente o fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento (quadro 4.42)	Concordância forte	Concordância forte
6. Actualmente o fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas (quadro 4.43)	Concordância forte	Concordância moderada
7. Actualmente o fisioterapeuta utiliza electroterapia (quadro 4.44)	Concordância forte	Concordância forte
8. Actualmente o fisioterapeuta utiliza hidroterapia (quadro 4.45)	Concordância forte	Concordância forte

Nesta área temática verificamos uma variabilidade de tendências que vai de uma dispersão de opiniões até à concordância forte e moderada.

Observamos a existência de sintonia de opiniões tanto nos fisioterapeutas do exercício, como nos do ensino em 7 dos 8 itens, sendo excepção o item 6.

A ligeira assimetria de opiniões verificada nos fisioterapeutas do exercício relativamente aos do ensino no item 6, pode ter como possível interpretação, o facto de para os primeiros as terapias manipulativas serem como as outras abordagens terapêuticas e técnicas, instrumentos de que dispõem e utilizam na sua interacção, enquanto que os fisioterapeutas do ensino consideram estas modalidades terapêuticas igualmente válidas e muito importantes, tendo do ponto de vista científico a consciência do quanto as mesmas podem ser invasíveis quando não aplicadas com a destreza manual exacta e respeitando os seus próprios princípios de avaliação do doente/utente/cliente.

A tendência para a dispersão expressa relativamente ao item 1 deve-se, em nossa opinião, à própria matriz organizacional da administração pública, que define competências profissionais que não correspondem no concreto a níveis e responsabilidade civil com tradução

directa no plano jurídico. Assim, a actual colaboração no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas, e o facto de actualmente os fisioterapeutas elaborarem relatórios dos resultados obtidos, são exemplos de como, quando os conteúdos funcionais não são bem definidos ou estão desajustados da realidade, acabam por conduzir à desresponsabilização, e a uma consciência muito vaga sobre tais conteúdos, o que se traduz em opiniões dispersas. Nenhum profissional em saúde faz diagnóstico para aparecer perante o doente/utente/cliente como colaborador do mesmo, assim como geralmente os profissionais em saúde não têm grande motivação para escrever relatórios quando os mesmos não fazem parte integrante do processo clínico do doente/utente/cliente. Em síntese, é nossa convicção, após a análise dos resultados destes dois itens, que um conteúdo funcional com as actuais características contribui para que a responsabilidade civil nas atitudes, ou nos actos em saúde, sejam muito difíceis de identificar, tanto no sentido de protecção do doente/utente/cliente, como na responsabilização do profissional, neste caso o fisioterapeuta.

A tendência para uma concordância forte nesta área temática verificou-se nos itens 2, 4, 5, 7 e 8 tanto nos fisioterapeutas do exercício como do ensino. A sintonia das opiniões diz respeito a questões tão pertinentes como o fisioterapeuta ensinar aos deficientes o modo de proceder mais adequado consoante a sua incapacidade ou deficiência, o fisioterapeuta utilizar técnicas específicas da sua profissão, o fisioterapeuta utilizar terapias pelo movimento, o fisioterapeuta utilizar a electroterapia ou o fisioterapeuta utilizar a hidroterapia. Estas estão relacionadas directamente com as *praxis* da própria Fisioterapia do ponto de vista técnico, e onde a ética e deontologia profissional já funcionam como um “escudo protector” das agressões que podem constituir as atitudes dos outros profissionais de saúde, e servem em simultâneo como fio condutor para as atitudes do próprio fisioterapeuta constituindo os pilares para a afirmação profissional.

4.3.8.5. Competências actuais dos fisioterapeutas na administração pública

Quadro 4.84
Competências actuais dos fisioterapeutas na administração pública

Itens	Exercício	Ensino
1. Actualmente o fisioterapeuta de 1ª classe enquadra e coordena o pessoal da sua profissão (quadro 4.46)	Dispersão	Dispersão
2. Actualmente o fisioterapeuta principal enquadra e coordena o pessoal da sua profissão (quadro 4.47)	Concordância moderada	Concordância moderada
3. Actualmente o fisioterapeuta de 1ª classe colabora como monitor nos cursos de formação (quadro 4.48)	Dispersão	Dispersão
4. Actualmente o fisioterapeuta principal colabora como monitor nos cursos de formação (quadro 4.49)	Dispersão	Dispersão
5. Actualmente os fisioterapeutas habilitados com CCEA exercem funções de professores nas escolas (quadro 4.50)	Dispersão	Dispersão
6. Actualmente o acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante provas públicas (quadro 4.51)	Concordância moderada	Concordância forte
7. Actualmente os fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de Diagnóstico e Terapêutica na administração pública (quadro 4.52)	Dispersão	Dispersão

Nesta área temática verificamos uma variabilidade de tendências que vai de uma dispersão de opiniões até à concordância forte e moderada.

Observamos a existência de sintonia de opiniões tanto nos fisioterapeutas do exercício, como nos do ensino em 6 dos seus 7 itens, sendo a excepção o item 6.

A ligeira assimetria de opiniões verificada nos fisioterapeutas do exercício relativamente aos do ensino no item 6 pode ter, como possível interpretação o facto de, actualmente, o acesso à categoria de fisioterapeuta especialista, que se efectua mediante provas públicas, ser valorizado de forma distinta. Assim, para os primeiros, trata-se de uma normal progressão na carreira, enquanto que para os segundos esta modalidade de acesso pode significar uma oportunidade para um percurso transparente na carreira e pautado por critérios científicos e técnicos, contribuindo para a afirmação da profissão no âmbito da comunidade científica em geral e no contexto da saúde em particular.

A tendência nesta área temática que mais se destaca é a dispersão, já que em 5 dos seus 7 itens tanto os fisioterapeutas do exercício como os do ensino manifestaram essa tendência. Aparentemente, tal facto deve-se à sobreposição de competências profissionais dos fisioterapeutas de primeira classe relativamente aos fisioterapeutas principais na colaboração nos

cursos de formação. A mesma tendência foi igualmente expressa por todos os fisioterapeutas do nosso estudo relativamente ao facto de ser necessário o CCEA, o qual por sua vez já foi extinto através de uma alteração da Lei de Bases do Ensino Superior, não sendo assim leccionado nas ESTeS. Em nossa opinião não faz sentido a lei continuar a exigir um curso que actualmente não é leccionado.

Ainda dentro da tendência de dispersão, note-se que todos os fisioterapeutas do nosso estudo expressaram esta tendência relativamente ao facto de continuarem integrados na carreira de Diagnóstico de Terapêutica na administração pública. Em nossa opinião esse facto deve-se, por um lado, ao desconhecimento das questões legais e respectivas implicações que envolvem a mesma, e por outro lado à consciência de que a afirmação de uma identidade profissional só é possível quando a mesma responde às mudanças na saúde, às necessidades dos utentes e dos próprios profissionais.

A tendência para a concordância apenas moderada tanto nos fisioterapeutas do exercício como no ensino relativamente ao facto do fisioterapeuta principal enquadrar e coordenar o pessoal da sua profissão justifica-se porque, actualmente, ainda se vive um período de grande confusão entre as competências do fisioterapeuta de 1ª classe e o fisioterapeuta principal e uma grande crise de chefias, porque nas instituições de saúde o que existe são “Directores de Serviços” que dirigem o seu serviço de forma isolada, e não unidades de saúde onde as diferentes “chefias” de cada grupo profissional de cada serviço e de forma organizada e dialogante resolvem os problemas existentes.

4.3.8.6. Integração no ensino superior

Quadro 4.85
Integração no ensino superior

Itens	Exercício	Ensino
1. As ESTeS devem ser dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica administrativa e financeira (quadro 4.53)	Concordância forte	Concordância moderada
2. O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde (quadro 4.54)	Concordância moderada	Concordância moderada
3. Os fisioterapeutas actualmente a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação (quadro 4.55)	Concordância moderada	Concordância moderada
4. Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação (quadro 4.56)	Concordância forte	Concordância forte
5. Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto de pessoal docente do ensino superior politécnico (quadro 4.57)	Concordância forte	Concordância forte
6. Actualmente o curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS (quadro 4.58)	Concordância moderada	Concordância moderada

Nesta área temática verificamos variações entre concordâncias fortes e moderadas.

Observamos a existência de sintonia de opiniões entre os fisioterapeutas do exercício e os do ensino em 5 dos seus 6 itens, sendo a excepção o item 1.

A ligeira assimetria de opiniões verificada nos fisioterapeutas do exercício relativamente aos do ensino no item 1 pode ter como possível interpretação o facto de as ESTeS serem dotadas de personalidade jurídica e gozarem de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira, funcionar para os primeiros como um garante de que a educação dos seus pares é autónoma e de qualidade, e significar uma rápida integração no mundo do trabalho. Os segundos, apesar de concordarem com o modo de organização das escolas, têm consciência das dificuldades da execução desse modelo, sobretudo durante o período actual de instalação, onde é necessário fazer uma rotura com um passado recente. Os fisioterapeutas que exercem funções docentes têm, portanto, consciência de como na prática as ESTeS têm ainda dificuldade em assumir a sua personalidade jurídica e viver em pleno a sua autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira.

A tendência para a concordância moderada foi expressa tanto pelos fisioterapeutas do exercício como do ensino nos itens 2, 3 e 6. Estes dizem respeito a questões centrais da inte-

gração no ensino superior das escolas em geral e das escolas de tecnologia em particular. Em nosso entender, uma das possibilidades de interpretação para o tipo de concordância expressa pelos fisioterapeutas do nosso estudo, prende-se com o facto de que estes aspectos não são particularmente polémicos porque constituem modalidades de integração que já foram aplicadas a outras escolas superiores onde provaram dar resultados positivos. Por outro lado, tanto o facto dos fisioterapeutas actualmente a exercerem funções docentes poderem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação como o facto do curso superior de Fisioterapia dever continuar integrado na ESTeS, são aspectos da própria integração que têm consequências directas na identidade profissional, uma vez que respeitam a natureza e cultura da própria profissão que nasceu fora do âmbito do ensino superior. Se forem respeitados estes princípios orientadores, é possível concretizar uma integração plena sem roturas com o passado da profissão e possibilitando a organização de um percurso científico pedagógico e técnico no âmbito do ensino superior.

A tendência para a concordância forte tanto nos fisioterapeutas do exercício como do ensino nos itens 4 e 5, constituem, em nossa opinião, a expressão de uma vontade real de que a integração no ensino superior se faça por mérito próprio e com o firme propósito de pertencer a esse nível de ensino numa perspectiva realista de vivência académica científica e tecnológica da profissão. Aparentemente estas opiniões permitem-nos inferir que os fisioterapeutas do nosso estudo têm consciência de que apenas iniciaram o longo e difícil percurso da integração no ensino superior, dependendo o sucesso do mesmo da atitude dos fisioterapeutas que estão ligados ao ensino mas também dos fisioterapeutas que apenas exercem a profissão.

4.3.8.7. Formação pós-graduada na ESTeS de Lisboa

Quadro 4.86
Formação pós-graduada na ESTeS de Lisboa

Itens	Exercício	Ensino
1. A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração (quadro 4.59)	Concordância moderada	Concordância moderada
2. A ESTeS deverá leccionar cursos de estudos superiores especializados (CESEs) (quadro 4.60)	Concordância forte	Concordância forte
3. Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia» (quadro 4.61)	Concordância moderada	Concordância moderada
4. A ESTeS deve continuar a leccionar o CESE em ensino e administração (quadro 4.62)	Concordância moderada	Concordância moderada
5. A ESTeS deve Atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração (quadro 4.63)	Concordância moderada	Concordância moderada
6. Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista (quadro 4.64)	Concordância moderada	Concordância moderada

Nesta área temática verificamos uma variação entre concordâncias fortes e moderadas.

Observamos a existência de sintonia de opiniões entre os fisioterapeutas do exercício e os do ensino.

A tendência que nesta área temática mais se destaca é a concordância moderada já que, em 5 dos seus 6 itens, os fisioterapeutas do exercício e do ensino manifestaram essa tendência. Tal facto permite-nos formular como possibilidade de interpretação que a formação pós-graduada é um aspecto da sua vida profissional para o qual estão despertos e têm expectativas relativamente ao futuro, uma vez que, sendo o curso de base actualmente de três anos, está em aberto todo um conjunto de possibilidades para a própria continuação de estudos. Por outro lado, a velocidade crescente com que as modalidades de intervenção fisioterapêutica se vão desenvolvendo, obrigam a uma contínua actualização, que implica o regresso à "Escola" regularmente ao longo da vida profissional.

No entanto, tanto os fisioterapeutas do exercício, como os do ensino manifestaram uma concordância forte relativamente ao facto de as ESTeS deverem continuar a leccionar CESEs. Consideramos que uma das possibilidades de interpretação desta tendência é o facto de os fisioterapeutas em geral e os do nosso estudo, em particular, terem uma forte expectativa relativamente ao facto de o actual curso de base passar de bacharelato para licenciatura (bictápica ou de raiz). Consideramos ainda que os aspectos atrás referidos estão directamente

ligados à continuação de estudos em programas de mestrados e doutoramentos, já que estes são igualmente níveis do ensino superior que os fisioterapeutas gostariam de poder desenvolver mas, para que tal possa vir a acontecer, é necessário consolidar e operacionalizar os graus académicos intermédios, à semelhança de outras profissões.

Após a realização do nosso trabalho de campo verificou-se a alteração da lei de bases do sistema educativo nacional (Lei nº 115/97 de 19 de Setembro). Mesmo assim, quando tratámos os nossos dados considerámos pertinente manter este item, porque de forma indirecta a sua análise nos permite auscultar genericamente as opiniões dos fisioterapeutas sobre a continuação de estudos após o bacharelato em Fisioterapia, com vista à obtenção do grau de licenciado.

4.3.8.8. Criação de cursos de Fisioterapia

Quadro 4.87
Criação de cursos de Fisioterapia

Itens	Exercício	Ensino
1. Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde (quadro 4.65)	Concordância moderada	Concordância moderada
2. Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo (quadro 4.66)	Dispersão	Dispersão
3. A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia (quadro 4.67)	Concordância forte	Concordância forte
4. Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia (quadro 4.68)	Dispersão	Dispersão

Nesta área temática verificamos variabilidade de tendências que vai de uma dispersão de opiniões até à concordância forte e moderada.

Observamos a existência de sintonia de opiniões tanto nos fisioterapeutas do exercício, como no ensino em todos os itens.

Uma das tendências que se destaca nesta área temática é a dispersão, já que, em 2 dos seus 4 itens, tanto os fisioterapeutas do exercício como os do ensino manifestaram as mesmas opiniões. A tendência referida verificou-se nos itens 2 e 4, o que, em nossa opinião, se deve ao facto de retrospectivamente os fisioterapeutas confundirem o papel das escolas, das associações e dos sindicatos e centrarem periodicamente em qualquer uma dessas instituições ou organizações os três papéis. Assim, a dispersão de opiniões nesta matéria retracta o momento actual em que a nosso ver, ser contra ou a favor do aparecimento de novas escolas é apenas a expressão de uma opinião, sem consistência interna. Pode inclusivamente indiciar uma cultura de *élite* que não corresponde nem ao estatuto social da profissão nem à representação social que a profissão tem no contexto das profissões de saúde, nem ao poder económico envolvido. Em termos retrospectivos pode-se considerar que existe uma menorização dos sindicatos pelas primeiras instituições formais do ensino da Fisioterapia, assumindo essas instituições o pesado papel de defesa dos interesses dos trabalhadores, ao que se juntou também a ideia de que os fisioterapeutas só serão bem representados por um sindicato exclusivamente de fisioterapeutas e ainda o mito de que os sindicatos não podem ter qualquer relação com o ensino. Assim, as opiniões dispersas recolhidas através do nosso estudo, parecem-nos estar de acordo com os cenários que se vivem actualmente na Fisioterapia.

A tendência para a concordância apenas moderada expressa no item 1 tanto pelos fisioterapeutas do exercício como do ensino pode, em nossa opinião, ter uma relação directa com o facto de existirem algumas dúvidas sobre as vantagens da dupla tutela no ensino da Fisioterapia, já que, como é do conhecimento geral, a principal vocação do Ministério da Saúde não é a educação. Ademais a dupla tutela em alguns contextos tem funcionado não como impulsionadora de desenvolvimento compatível com níveis científicos e técnicos já alcançados, mas como um mecanismo de desenvolvimento sustentado em função dos múltiplos interesses na saúde. Esta forma de macro organização do ensino da Fisioterapia já foi abandonada na maior parte dos países da Europa, como foi anteriormente referido, bem como em muitos outros países nos vários continentes.

A tendência para a concordância forte no item 3 em nossa opinião deve-se ao facto de tanto os fisioterapeutas do exercício como do ensino desenvolverem em torno da APF uma cultura de aceitação muito superior à das outras organizações (Ministérios, Sindicatos). Em termos de possibilidade de interpretação gostaríamos de explicitar a grande preocupação que este item e a sua tendência nos sugerem, porque, aparentemente, os fisioterapeutas do nosso estudo delegam totalmente numa associação, a defesa do ensino da Fisioterapia considerando-a como a organização que se deve pronunciar sobre a criação de cursos de Fisioterapia.

4.3.8.9. Organizações representativas dos fisioterapeutas

Quadro 4.88
Organizações representativas dos fisioterapeutas

Itens	Exercício	Ensino
1. Actualmente os fisioterapeutas estão representados nos Conselhos de Administração (quadro 4.69)	Discordância fraca	Discordância moderada
2. Actualmente a APF é representativa de todos os fisioterapeutas (quadro 4.70)	Discordância fraca	Discordância moderada
3. Actualmente os sindicatos representam todos os fisioterapeutas (quadro 4.71)	Discordância forte	Discordância moderada
4. Deve existir um Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias da Saúde com utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados (quadro 4.72)	Concordância forte	Concordância moderada
5. Os fisioterapeutas devem ser representados por um sindicato próprio (quadro 4.73)	Concordância forte	Concordância moderada

Nesta área temática verificamos variabilidade de tendências que vai de discordância fraca e moderada até à concordância forte.

Dentro das discordâncias, observamos ligeiras assimetrias de opiniões relativamente aos itens 1, 2, e 3. Em relação ao item 1, a tendência para a discordância pode significar que os fisioterapeutas têm uma consciência real de que não estão representados nos Conselhos de Administração das instituições de saúde, isto é, não participam de uma forma directa na administração e gestão das instituições onde desenvolvem as suas actividades. Em relação aos itens 2 e 3, uma possível interpretação da tendência para a discordância prende-se com o facto de começar a ser notória a fragilidade da organização e representatividade quer da APF, quer dos sindicatos que representam fisioterapeutas, sendo urgente, em nossa opinião, a renovação e reorganização destas organizações para poderem responder aos múltiplos desafios que esta profissão tem pela frente.

Observamos igualmente uma ligeira assintonia de opiniões verificada nos fisioterapeutas do exercício relativamente aos fisioterapeutas do ensino nos itens 4 e 5. Em nossa opinião, a tendência para a concordância aponta para a necessidade de novas formas de organização dos fisioterapeutas. A primeira, num contexto geral das profissões tecnológicas da saúde numa estrutura com uma dimensão maior, que invoque os estatutos de utilidade pública e de parceiro social, onde os fisioterapeutas estejam representados e a segunda refere-se a uma organização de carácter sindical própria de fisioterapeutas. Estas formas de organização devem contribuir simultaneamente para uma atitude de defesa da identidade da profissão e para uma atitude de

abertura e de diálogo relativamente aos outros profissionais na saúde e aos parceiros sociais como forma de encontrar soluções para as mudanças na saúde e dignificação da profissão no actual contexto político, social e económico do país e da UE.

4.3.9. Enquadramento do estudo realizado com a revisão bibliográfica sobre atitudes

4.3.9.1. Generalidades

Após a discussão e interpretação dos resultados obtidos na nossa escala de atitudes, relativamente a cada área temática, consideramos que é pertinente enquadrar as respostas obtidas de acordo com o conceito de atitudes, fazendo referência ao mecanismo através do qual avaliamos as atitudes, quais as correntes de metateorias que ficaram expressas na formação das atitudes, quais as funções das atitudes que mais se manifestaram, quais as componentes das atitudes que assumiram maior destaque e quais os processos de mudança de atitude que identificamos na nossa amostra.

4.3.9.2. Enquadramento dos resultados obtidos de acordo com o conceito de atitudes

Tendo em conta que uma atitude é "uma disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objecto, pessoa instituição ou acontecimento" (Ajzen 1988) e que esta é definida como um construto hipotético que não pode ser observado directamente, mas que pode ser inferida a partir de respostas que podem ser medidas, traduzindo avaliações positivas e negativas sobre o objecto, pessoa/instituição ou acontecimento ao qual se refere a atitude, consideramos que os resultados obtidos no nosso estudo são indicadores de atitudes por parte dos fisioterapeutas do exercício e do ensino que constituem a nossa amostra e podem ser consideradas como preditores, não só do comportamento em geral, mas do comportamento específico (Jesuino, 1994) em termos do exercício e ensino em Fisioterapia.

Através dos resultados obtidos consideramos as atitudes que os fisioterapeutas expressaram relativamente aos itens da escala de atitudes os elementos básicos constitutivos das interacções sociais que estabelecem entre si, com os outros grupos profissionais e com os doentes/utentes/clientes.

As atitudes dos fisioterapeutas podem ser estudadas à luz das diferentes metateorias relativamente ao próprio conceito mas, essa não é a finalidade do nosso estudo. No entanto, parece-nos que após análise dos resultados obtidos podemos considerar relativamente ao próprio conceito e às diferentes orientações metateóricas o seguinte:

- a) As atitudes dos fisioterapeutas que constituem o nosso estudo reportam-se a vivências pessoais e subjectivas, as mesmas manifestam a situação de um sujeito ou de um grupo, o qual foi construído a partir da sua própria história, ou seja de “algo” que foi assimilado (Lima, 1993).
- b) Qualquer das atitudes apesar de expressar concordância ou discordância e se integrar numa determinada tendência, refere-se a um objecto determinado, quer se trate de um indivíduo ou de um grupo social (Lima, 1993).
- c) A dimensão afectiva-avaliativa sobressai uma vez que, ao expressarem as suas atitudes, os fisioterapeutas expuseram a sua posição face a um determinado objecto social ao exprimirem-se por: concordo/discordo (Lima, 1993).

As atitudes expressas pela amostra surgem assim da interacção social de processos de comparação, identificação e diferenciações sociais mesmo quando os fisioterapeutas manifestaram atitudes diferentes face a um mesmo objecto o que lhe permite orientarem-se face à atitude dos outros num determinado momento, o que não significa que a atitude seja estável ou portadora de características temperamentais mas, ao verificarem-se semelhanças nas atitudes dos fisioterapeutas, provavelmente, encontramos uma evolução nas posições individuais, e do grupo no tempo.

De acordo com Rodrigues (1996), existem alguns argumentos que justificam a relevância e actualidade desta área de estudo pelo que, estabelecendo a devida relação com o nosso estudo, inferimos o seguinte:

- a) As atitudes constituem bons preditores de comportamento dos fisioterapeutas;
- b) As atitudes desempenham funções específicas para cada fisioterapeuta, ajudam-no a organizar uma ideia estável da realidade em que vive e serve para o proteger do ser “eu” de conhecimentos menos desejáveis; e
- c) As atitudes constituem a base de situações sociais importantes, como por exemplo as relações de amizade e de conflito.

Na opinião de Vala (1992), a investigação psicológica sobre as atitudes, apesar das suas divergências em termos técnicos, é unânime em sublinhar a sua importância como factor de desenvolvimento social e individual, capaz de influenciar as instituições e as orientações políticas, pelo que, apesar de o nosso estudo ser pioneiro, as tendências identificadas relativamente a cada área temática bem como as opiniões expressas relativamente a cada item podem constituir uma base para a reflexão para o ensino e do exercício da Fisioterapia, sobretudo, na área regional onde se desenvolveu o estudo (ARS de Lisboa e Vale do Tejo).

4.3.9.3. Avaliação das atitudes

Ao desenvolvermos a metodologia para o nosso estudo e na própria construção do instrumento, tivemos em conta as opiniões de vários autores, dos quais destacamos Rosenberg e Hovland (1960). Estes propuseram um modelo para caracterizar os estudos sobre atitudes e a relação existente relativamente às respostas observáveis, as mesmas podem assim ser organizadas em três categorias quando obtidas directamente das atitudes: respostas afectivas, cognitivas e comportamentais, sendo ainda segundo este modelo, possível a inter-relação das várias categorias.

No entanto segundo Lima (1993), desenvolveram-se formas estruturadas para avaliação das atitudes as quais se podem dividir em três grandes grupos: técnicas de papel e lápis (escalas de atitudes), técnicas psicopsicológicas (medidas corporais e técnicas de observação do comportamento — medidas comportamentais). Tendo em conta as finalidades do nosso estudo optámos por técnicas de papel e lápis/escalas de atitudes) porque consideramos que as mesmas eram as que com maior rigor nos permitiam obter respostas mais fiáveis.

4.3.9.4. A formação das atitudes

4.3.9.4.1. Generalidades

Na pesquisa sobre a formação de atitudes podem destacar-se duas orientações teóricas: a primeira assenta nos processos cognitivos e remete o problema da formação das atitudes para a questão da aquisição “de crenças” e a segunda que analisa “este processo enquanto um processo afectivo sem necessidade de um suporte racional” (Lima, 1993).

De acordo com Rodrigues (1996), uma atitude é “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afectiva pró ou contra um objecto social definido, que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a este objecto”, podendo existir diferentes aspectos que influenciam a formação das atitudes: aspectos funcionais, aspectos baseados na noção de consistência cognitiva, aspectos baseados na teoria do reforço, determinantes ambientais e caracterológicas.

De acordo com os resultados obtidos e as tendências expressas na escala de atitudes em geral e em cada área temática em particular, consideramos que aparentemente a formação das atitudes dos Fisioterapeutas que constituem a nossa amostra tem origem nos aspectos atrás citados. Assim, tendo como referência a revisão da literatura neste domínio, passaremos a expor a nossa própria interpretação relativamente aos resultados obtidos considerando cada item integrado na sua área temática e as tendências que foram expressas.

4.3.9.4.2. Aspectos funcionais

O aspecto funcional das atitudes para alguns autores (Smith *et al.*, 1956) (citados por Rodrigues, 1996) é considerado como algo relevante porque as mesmas se formam para dar resposta a funções específicas, que são, do ponto de vista pragmático muito úteis para o ajustamento da personalidade nas relações sociais perante o mundo exterior. Sendo a inter-relação entre personalidade e atitudes dos fisioterapeutas, segundo os autores atrás citados, influenciada por factores internos e externos aos profissionais, tal como se pode inferir na seguinte citação: “A um nível de maior generalidade, podemos dizer que as opiniões ou atitudes de uma pessoa servem de mediadores entre as suas demandas internas e o ambiente externo — o material, o social e mais directamente o ambiente informacional da pessoa” (Rodrigues, 1996). Assim, do ponto de vista da formação das atitudes dos fisioterapeutas relativamente aos aspectos funcionais, consideramos que a expressão das opiniões dos mesmos por item e em cada área temática respectivamente, correspondem ao seu equipamento para lidar com a realidade, o qual não é apenas um produto das suas necessidades e defesas básicas, nem fotocopiado do contexto no qual se encontram, nem copiado dos outros grupos aos quais eles pertencem ou aspiram, é essencialmente, um aparato para equilibrar as imposições do funcionamento interior e as do ambiente e do próprio desenvolvimento da Fisioterapia enquanto profissão.

4.3.9.4.3. Aspectos Baseados na Noção de Consistência Cognitiva

As posições de Heider (1946, 1958), Newcomb (1953) e Festinger (1957) (citados por Rodrigues, 1996) têm como denominador comum a noção de consistência cognitiva, ou seja existe uma força em direcção à congruência e à harmonia, ou seja à consistência entre as atitudes e entre as componentes das atitudes. O aspecto relevante comum a estas posições técnicas relativamente às atitudes é que, um estado de consistência entre atitudes permite uma calma e imediata adopção das atitudes coerentes, enquanto as atitudes incoerentes (inconsistentes) passam por um processo de difícil formação e assimilação (Rodrigues, 1996). De acordo com posições dos autores citados e as teorias da consistência cognitiva, as atitudes dos fisioterapeutas formam-se de acordo com o princípio da harmonia, organizando-se mais facilmente aquelas que formam um todo coerente e internamente consistentes do que outras, que devido à incongruência, provocam estados de tensão e desejos de mudança (Rodrigues, 1996).

Por outro lado Rosenberg (1960) e Rosenberg e Abelson (1960) (citados por Rodrigues, 1996) consideram que existe uma estreita ligação entre as crenças de um objecto

que nosso estudo pode ser cada uma das áreas temáticas e os itens que constituem a escala de atitudes e o afecto que é dirigido a esse objecto. Deste modo quando existe coerência entre os comportamentos cognitivos e afectivos nas atitudes dos fisioterapeutas, elas organizam-se de forma estável e duradoura não causando tensão e sem motivarem qualquer mudança; verificando-se o oposto quando não existe coerência, sendo difícil a formação de atitudes, as quais só se vêm a estruturar definitivamente quando for alcançado um estado de consistência entre os elementos.

4.3.9.4.4. Aspectos baseados na Teoria do Reforço

- a) A posição de Hovland *et al.* (1953) (citados por Rodrigues, 1996), enquanto investigadores do Grupo de Yale, traduz-se por considerarem que a base das atitudes é o reforço ou a punição que se segue após a expressão de um comportamento. Assim, quando a formação de atitudes dos fisioterapeutas assumem uma posição behaviorista na qual o reforço que se segue a um comportamento tende a consolidar esse comportamento e uma determinada atitude subjacente ao mesmo, enquanto um estímulo inverso promoverá a extinção da resposta e impossibilitará a estruturação da atitude.
- b) Segundo Doob (1947) (citado por Rodrigues, 1996), quando existe um estímulo, este conduz a uma resposta implícita (atitude) e consubstancia-se num comportamento implícito. No entanto, este autor admite que um comportamento é função de várias determinantes e não apenas da resposta implícita (atitude) ao estímulo em causa, podendo intervir outros hábitos, pulsões ou outras atitudes previamente adquiridas. Assim, é difícil prever com exactidão o comportamento dos sujeitos em geral e dos fisioterapeutas (do nosso estudo) através do conhecimento da sua atitude face a uma situação específica e desta interacção de factores que influenciam o comportamento explícito é difícil deduzir ou medir com exactidão uma atitude já que o comportamento é função da atitude e de outros factores.

Em relação às determinantes ambientais e caracterológicas gostaríamos apenas de referir que, para além das metateóricas relativas à formação das atitudes, é igualmente importante considerar o papel das características da personalidade de cada fisioterapeuta do nosso estudo e as situações ambientais em que exerce a sua profissão. Porém, não desenvolvemos estes aspectos porque não constituem um objectivo principal do nosso estudo.

4.3.9.5. As funções das atitudes relativamente aos fisioterapeutas

4.3.9.5.1. Generalidades

As atitudes têm como função quatro respostas possíveis de acordo com as teorias que as suportam: as funções motivacionais, as funções cognitivas e dentro destas as que têm o papel de orientação para a acção e as que revelam as funções sociais das atitudes.

4.3.9.5.2. Funções motivacionais

De acordo com Herek (1986), as funções motivacionais podem ser sistematizadas em duas grandes categorias: funções instrumentais ou avaliativas e funções simbólicas ou expressivas. As primeiras estão ligadas à avaliação de custos e benefícios de cada atitude, sendo o melhor ajustamento social o critério que leva o fisioterapeuta (ou qualquer outro indivíduo) a optar por cada uma delas de tal forma, que maximiza as recompensas sociais e minimiza as punições. Por outro lado, as funções expressivas estão relacionadas com a utilização das atitudes para transmitir valores ou a identidade do fisioterapeuta (ou qualquer outro sujeito), o que possibilita a protecção contra conflitos internos ou externos e a preservação de auto-imagem.

4.3.9.5.3. Funções cognitivas

As perspectivas com que actualmente são encaradas as funções cognitivas das atitudes tem por base pressupostos motivacionais, que tentam salientar a importância de alguns princípios gerais ligados à forma como se organiza a cognição humana, os quais são oriundos de duas teorias da psicologia: o princípio do equilíbrio e o da redução da dissonância (Lima, 1993).

Estudos recentes na linha actual da psicologia social cognitiva, de que é representante Pratkanis (1988), vieram confirmar as previsões de teoria do equilíbrio, porque salientam que as atitudes funcionam como uma arte de inventar ou descobrir por inferirem factos em situações ambíguas, através da procura de estruturas cognitivas equilibradas, referindo ainda que as atitudes assumem um efeito de selecção na (re)construção dos factos passados e influenciam a percepção da realidade do dia a dia. Ao estabelecer uma relação com os resultados obtidos no nosso estudo, consideramos que, em cada área temática e relativamente às respostas, em cada item, os fisioterapeutas expressaram as suas opiniões de acordo com a teoria do equilíbrio porque, mesmo em situações ambíguas, verificámos uma procura de estruturas cognitivas equilibradas sobretudo porque assumem uma selecção dos factos que influenciam a realidade, o que nos permite organizar as suas respostas em categorias que

exprimem tendências para concordância, discordância ou dispersão o que demonstra uma procura do seu próprio equilíbrio face ao actual quadro legal que regulamenta o exercício e o ensino.

O princípio da redução da dissonância cognitiva foi desenvolvido por Festinger em 1957 e vem esclarecer a necessidade existente nos sujeitos em geral, que também se verifica nos fisioterapeutas do nosso estudo, de encontrarem consonância entre as diversas cognições que têm sobre um só objecto, que no presente estudo nós consideramos ser cada um dos itens da escala de atitudes apesar de organizados por áreas temáticas.

Os efeitos que são consequência directa do facto de se pôr uma prática o princípio da redução da dissonância cognitiva, destacamos os abaixo descritos os quais, indirectamente, podemos verificar nos resultados obtidos no nosso estudo já que, nas diferentes áreas temáticas, identificamos variação na mesma tendência ou uma variabilidade entre as diferentes tendências:

- a) Face a um determinado objecto (área temática e os seus respectivos itens), a atitude do indivíduo, neste caso os fisioterapeutas do estudo, afirma-se pela exuberância com que o mesmo tem diferentes classes de argumentos (Eisen e van der Pligt, 1984) o que no nosso estudo corresponde, por exemplo, ao facto de em algumas áreas temáticas em todos os itens, os fisioterapeutas experimentam opiniões que indiciam tendências para a concordância, discordância e ou dispersão e noutras, dentro da mesma área, se verificam duas ou mais tendências.
- b) A teoria da dissonância cognitiva tem contribuído também para justificar a “aprendizagem selectiva” ou seja, a facilidade de aprender e memorizar sobre temas que comprovam as atitudes dos indivíduos e neste caso os fisioterapeutas com o objectivo de reduzir a dissonância cognitiva face ao objecto da atitude.

Em termos de funções cognitivas das atitudes, consideramos ainda pertinente referir que, segundo Lima (1993), quando existe uma ligação forte entre o objecto da atitude e a dimensão de avaliação/selecção a mesma autora considera que existe uma atitude forte. E num estudo realizado por Fazio *et al.* (1986) (citado por Lima, 1993) verificaram que quando existe uma atitude forte, ela é mais acessível à memória e é impulsionada automaticamente quando o indivíduo se confronta, de modo directo, com o objecto da atitude, ou seja as atitudes mais significativas para o sujeito representam, de uma forma clara, um papel na sua organização da percepção do mundo pelo que são automaticamente activadas, libertando a pessoa de pensar e de avaliar o objecto da atitude. Assim, tendo como referência os autores atrás citados consideramos que os itens das diferentes áreas temáticas cujas tendências são a concordância

ou a discordância são exemplos de atitudes fortes, representam atitudes significativas para os fisioterapeutas e representam um papel pertinente na organização das suas cognições e na percepção da realidade e do contexto onde vivem em termos pessoais e profissionais.

Para tornar mais clara esta nossa possibilidade de interpretação dos resultados, apresentaremos em seguida por área temática, nos quadros 4.89 e 4.90, as atitudes que parecem ser mais significativas em termos de tendência para a concordância e discordância.

Quadro 4.89
Atitudes com tendência para concordância

Área Temática	Itens	Tipo de concordância	
		Exercício	Ensino
Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta	• A titularidade de curso reconhecido nos termos legais.	Forte	Forte
	• A titularidade de diplomas ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde.	Forte	Forte
	• A titularidade de carteira profissional ou título equivalente válido por entidade pública.	Moderada	Moderada
Enquadramento profissional actual dos Fisioterapeutas na Administração Pública	• Actualmente o fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos Ficheiros e elementos estatísticos.	Moderada	Moderada
	• Actualmente o fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção.	Moderada	Forte
	• Actualmente o fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros da equipa.	Moderada	Moderada
	• Actualmente o fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos pessoais e sociais dos seus doentes necessários ao correcto exercício das suas funções.	Forte	Forte
Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública	• Actualmente o fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder adequado, consoante a sua incapacidade ou deficiência.	Forte	Forte
	• Actualmente o fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão.	Forte	Forte
	• Actualmente o fisioterapeuta utiliza terapias pelo movimento.	Forte	Forte
	• Actualmente o fisioterapeuta utiliza terapias manipulativas.	Forte	Moderada
	• Actualmente o fisioterapeuta utiliza a electroterapia.	Forte	Forte
	• Actualmente o fisioterapeuta utiliza a hidroterapia.	Forte	Forte

Área Temática	Itens	Tipo de concordância	
		Exercício	Ensino
Competências actuais do fisioterapeuta na administração pública	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente o fisioterapeuta principal enquadra e coordena o pessoal da sua profissão. • Actualmente o acesso à categoria de fisioterapeuta especialista efectua-se mediante provas públicas. 	Moderada	Moderada
		Moderada	Forte
Integração no ensino superior	<ul style="list-style-type: none"> • As ESTeS devem ser dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica pedagógica administrativa e financeira. • O ensino ministrado nas ESTeS deve estar sob tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. • Os fisioterapeutas actualmente a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação. • Os fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação. • Aos corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto do pessoal docente do ensino superior politécnico. • Actualmente o curso superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTeS. 	Forte	Moderada
		Moderada	Moderada
		Moderada	Moderada
		Forte	Forte
		Forte	Forte
		Moderada	Moderada
Formação pós-graduada na ESTeS de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> • A ESTeS deverá leccionar cursos de pequena duração. • A ESTeS deverá leccionar CESEs. • Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica «Fisioterapia». • A ESTeS deve continuar a leccionar o CESE em ensino e administração. • A ESTeS deve atribuir a equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração. • Os CESEs na área científica «Fisioterapia» devem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista. 	Moderada	Moderada
		Forte	Forte
		Moderada	Moderada
		Moderada	Moderada
		Moderada	Moderada
		Moderada	Moderada
Criação de cursos de Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde. • A APF deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia 	Moderada	Moderada
		Forte	Forte

Área Temática	Itens	Tipo de concordância	
		Exercício	Ensino
Organizações representativas dos fisioterapeutas	• Deve existir um Conselho Nacional das Profissões Tecnológicas da Saúde com estatuto de utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os fisioterapeutas estejam representados.	Forte	Moderada
	• Os fisioterapeutas devem ser representados por um sindicato próprio.	Forte	Moderada

Quadro 4.90
Atitudes com tendência para a discordância

Área temática	Itens	Tipo de discordância	
		Exercício	Ensino
Regulamentação da profissão de fisioterapeuta	• Os trabalhadores subordinados que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão.	<u>Moderada</u>	Moderada
	• Os trabalhadores autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia até à regulamentação da profissão.	Moderada	Forte
	• Os trabalhadores subordinados ou autónomos que não preenchem todos os requisitos enunciados nas condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta podem continuar a exercer Fisioterapia após a regulamentação da profissão.	Forte	Forte
Organizações representativas dos fisioterapeutas	• Actualmente os fisioterapeutas estão representados nos Conselhos de Administração.	Fraca	Moderada
	• Actualmente a APF é representativa de todos os fisioterapeutas.	Fraca	Moderada
	• Actualmente os sindicatos representam todos os fisioterapeutas.	Forte	Moderada

4.3.9.6. Funções sociais

As atitudes podem ser encaradas como uma tomada de posição relativamente a um estímulo equívoco (objecto da atitude que, como já referimos anteriormente, nós considerámos serem as áreas temáticas em geral e os seus itens em particular), destacando-se o seu carácter eminentemente social no processo de aquisição das atitudes, assim como as funções que representam segundo Lima (1993); salientam-se nas funções sociais das atitudes dos domínios da identificação com o grupo e da diferenciação intergrupala.

Os dois aspectos atrás referidos de forma indirecta aparecem reflectidos nos resultados obtidos no estudo, já que, tendo em conta as tendências expressas, as mesmas são indicadoras de uma certa identificação com o grupo que constituem os fisioterapeutas enquanto profissionais, sendo no entanto, possível verificar alguma diferenciação no seio do próprio grupo sobretudo quando considerámos os fisioterapeutas que constituem a nossa amostra como profissionais mais ligados ao exercício ou ao ensino, o que justifica, por exemplo que embora todos concordem com determinado item, essa mesma concordância seja forte ou moderada de acordo com o contexto e as competências que desempenham.

4.3.9.7. Mudança de atitudes

Tal como foi referido anteriormente as atitudes integram as componentes cognitivas, afectivas e comportamentais as quais se influenciam com vista à obtenção de estado de harmonia. Assim quando se verifica mudança numa destas componentes, a mesma pode modificar as outras, uma vez que o sistema é accionado como um “todo” quando uma das componentes sofre alteração, e a mesma pode ocorrer devido a uma informação nova, a uma nova experiência ou a um novo comportamento para cumprir normas sociais ou outro tipo de agente com capacidade para promover comportamentos, criando um estado de inconsistência entre as componentes atitudinais que pode implicar mudança (Rodrigues, 1996).

Considerando a opinião deste autor e tendo em conta que nos resultados obtidos no nosso estudo os fisioterapeutas que constituem a amostra, expressaram tendências para a concordância, para a discordância e para a dispersão relativamente aos itens que constituem as áreas temáticas da nossa escala de atitudes.

Somos da opinião que uma das possibilidades de interpretação relativamente à tendência para a dispersão, se inscreve no facto de as componentes das atitudes face a esse objecto (item) poder estar a sofrer uma mudança devido a múltiplos aspectos, dos quais destacamos alguns já citados na revisão da literatura no capítulo 3:

- Influência do fenómeno da comunicação;
- Influência da forma de apresentação da comunicação;
- Comunicação unilateral e bilateral;
- Quantidade da mudança de atitude;
- Natureza emocional ou racional da mudança;
- Comunicação com argumentos que suscitam medo;
- Influência do tipo de audiência.

A mudança de atitude, vista à luz do princípio do equilíbrio, para autores como Rodrigues e Newcomb (1980), pode adicionar coerência no próprio processo de mudança de atitudes quando interpretado à luz da teoria Heider (equilíbrio), relativamente aos fenómenos que influenciam a comunicação da informação e os efeitos de semelhança e contraste, assim como, os que estão ligados à relação entre as componentes cognitivas, afectivas e comportamentais das atitudes.

No entanto, a teoria da dissonância cognitiva de Festinger aponta várias predições relativamente à direcção da mudança de atitude, sobretudo, quando as duas cognições se apresentam numa relação dissonante, verificando-se que a magnitude de incentivo, esforço despendido, recompensa/agradabilidade, depende da influência de vários aspectos que podem proporcionar mudança de atitude no sentido de “formar” a nova atitude coerente com uma cognição que é difícil de mudar segundo Cohen (1964) (citado por Rodrigues, 1996) “onde há pequenas recompensas, pouca coesão, muita escolha, alta auto-estima, um agente influenciador desagradável um comportamento altamente discrepante, a dissonância será máxima e as atitudes mudarão no sentido de valorizar a posição discrepante com que uma pessoa se comprometer”.

Para exemplificar esta nossa possibilidade de interpretação dos resultados obtidos no nosso estudo, apresentaremos em seguida por área temática, no quadro 4.91, as atitudes que se enquadram na tendência para a dispersão e que de alguma forma apontam para a mudança de atitudes.

No entanto não colocamos de parte como hipótese de interpretação para as atitudes que se enquadra na tendência para a dispersão, a dificuldade de muitas vezes surge quando é necessário um olhar mais atento sobre diplomas legais, já que os fisioterapeutas de uma forma geral se dedicam muito pouco ao estudo e conhecimento dos aspectos normativos e jurídicos da sua própria profissão.

Quadro 4.91
Atitudes com tendência para a dispersão

Área temática	Itens
Enquadramento profissional dos fisioterapeutas na administração pública	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente o fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde e a sua intervenção é feita sob prescrição do respectivo elemento médico.
Conteúdo funcional actual dos fisioterapeutas na administração pública	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente o fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas. • Actualmente o fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos.
Competências actuais dos fisioterapeuta na administração pública	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente o fisioterapeuta de 1ª classe enquadra e coordena o pessoal da sua profissão. • Actualmente o fisioterapeuta de 1ª classe colabora como monitor nos cursos de formação. • Actualmente o fisioterapeuta principal colabora como monitor nos cursos de formação. • Actualmente os fisioterapeutas habilitados com o CCEA exercem funções de professores nas escolas. • Actualmente os fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de Diagnóstico e Terapêutica na Administração Pública.
Criação de cursos de Fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do estatuto do ensino privado e cooperativo. • Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia.

Conclusões

Apresentaremos em primeiro lugar os aspectos mais relevantes deste estudo, seguidos de pistas para reflexão sobre possíveis implicações educativas e futuras investigações.

No nosso trabalho desenvolvemos, em termos retrospectivos, a evolução da Fisioterapia enquanto profissão (exercício) e área científica (ensino) e caracterizámos a mesma em termos internacionais do ponto de vista da educação e do exercício relacionando-a com a realidade portuguesa.

Ao analisarmos a evolução em termos de ensino identificámos duas modalidades de formação que, embora tenham tido percursos e processos de desenvolvimento diferentes, formam actualmente bacharéis em Fisioterapia integrados no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico em estabelecimentos de ensino público e privado. São, pois, fisioterapeutas habilitados com um curso superior de cariz politécnico que cada vez mais se assumem como profissionais autónomos. A influência do próprio desenvolvimento das outras profissões de saúde e da organização do sistema de saúde em Portugal e as referências da profissão a nível internacional funcionam, em nossa opinião, como dois pólos de influência entre os quais os fisioterapeutas se situam e relativamente aos quais tentam encontrar o seu equilíbrio enquanto profissionais de saúde que procuram a sua autonomia e a dignificação da sua profissão.

Muitos factores influenciaram o desenvolvimento e a evolução da Fisioterapia em Portugal, tanto em termos de ensino como exercício; assim, o nosso estudo centrou-se e teve como principal objectivo saber quais as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

As conclusões do nosso estudo devem ter em conta as limitações próprias da amostra, dos instrumentos que construimos, do processo de recolha e tratamento dos dados que utilizámos; consideramos, assim, que se deve ser muito cauteloso na sua generalização a todo o país.

Para organizar o nosso estudo formulámos três questões, as quais serviram para orientar a nossa pesquisa como metodologia para apresentação das conclusões. Retomaremos individualmente cada uma delas e exporemos os resultados obtidos, tendo em conta as áreas temáticas da escala de atitudes e as tendências referidas na discussão e interpretação.

1ª Questão: *Quais as atitudes dos fisioterapeutas que exercem exclusivamente nas instituições de saúde face ao actual enquadramento legal do exercício e do ensino da Fisioterapia?*

Quanto às condições para o exercício da profissão, temos relativamente à titularidade do curso e quanto à forma prevista para o seu reconhecimento um forte assentimento e um menor entusiasmo no que respeita à sua validação.

Em termos de regulamentação da profissão, a continuidade do exercício por trabalhadores tanto subordinados como autónomos que não preenchem os requisitos é vista de forma diferente consoante se tenha ou não em conta a regulamentação da profissão. Assim, enquanto não admitem, de forma global e veemente a sua continuidade uma vez a profissão regulamentada, essa posição perde veemência quando se refere à possibilidade da continuidade de exercício até essa regulamentação ter lugar.

O enquadramento profissional é marcado por um forte acordo relativamente ao acesso aos dados clínicos, pessoais e sociais dos doentes e uma moderada concordância em relação à elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos; à programação, execução e avaliação das técnicas adequadas; e à comunicação dos resultados da intervenção à equipa. A integração numa equipa de saúde onde a intervenção é feita sob prescrição do respectivo elemento médico indicou uma tendência para a dispersão de opiniões.

Quanto ao conteúdo funcional, foi possível identificar uma grande harmonia relativamente aos seguintes aspectos: os fisioterapeutas desenvolvem actividades de ensino aos deficientes; os fisioterapeutas utilizam técnicas específicas da profissão, destacando-se as terapias pelo movimento, as terapias manipulativas, a electroterapia e a hidroterapia. Verificam-se porém opiniões que apontam em diferentes sentidos quando se trata da colaboração no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas e na elaboração dos relatórios.

Nas competências verificou-se uma concertação moderada quanto ao facto do fisioterapeuta principal enquadrar e coordenar o pessoal da sua profissão e quanto ao acesso à categoria de fisioterapeuta especialista se efectuar mediante provas públicas. Identificou-se todavia dispersão de opiniões relativamente às competências do fisioterapeuta de 1ª classe no exercício da profissão e na sua colaboração com a formação, às competências dos fisioterapeutas principais e dos fisioterapeutas que estão habilitados com o CCEA, respectivamente, em relação à colaboração com a formação e ao exercício de funções docentes nas escolas, e ainda quanto à continuidade da integração dos fisioterapeutas na carreira dos TDT.

A integração no ensino superior mereceu um forte acordo em relação a alguns aspectos: as ESTeS devem ser dotadas de personalidade jurídica e gozar de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira; os fisioterapeutas devem transitar para a carreira

docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação; e aos mesmos deve aplicar-se o estatuto do pessoal docente do ensino superior politécnico. Menos efusivo foi o acordo dado à dupla tutela (Educação e Saúde) sobre o ensino das ESTeS, à continuidade do actual corpo docente até ao final do regime de instalação, e à integração do curso de Fisioterapia nas ESTeS.

Na formação pós-graduada da ESTeS-Lx foi possível identificar um ajustamento de opiniões fortemente concordante relativamente à continuidade da leccionação de CESEs, verificando-se ainda um acordo, mas menor, em relação à continuidade da leccionação de cursos de pequena duração; à obtenção do grau de licenciado depender de um CESE exclusivamente na área científica de Fisioterapia; à continuidade da leccionação do CESE em ensino e administração; à atribuição da equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração; e aos CESEs na área científica «Fisioterapia» deverem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista.

Na criação de cursos de Fisioterapia parece existir uma concordância que pode ser considerada assinalável relativamente ao facto da APF dever pronunciar-se sobre o assunto, embora a criação dos mesmos por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde mereça aparentemente uma concordância menos efusiva. Constata-se dispersão de opiniões quando forem entidades privadas a criarem tais cursos ao abrigo do Estatuto do Ensino Privado e Cooperativo, passando-se o mesmo quanto aos sindicatos se pronunciarem sobre o tema.

Parece existir uma concordância de opiniões assinalável relativamente à existência de uma organização nacional que represente as profissões tecnológicas de saúde da qual os fisioterapeutas façam parte, bem como em relação à existência de um sindicato próprio de fisioterapeutas. Existe também um assentimento grande quanto à pouca representatividade actual dos sindicatos. A APF também é considerada não representativa de todos os fisioterapeutas, mas com menor veemência que em relação aos sindicatos. Também com menor ênfase foram identificadas opiniões discordantes quanto à existência de representação nos Conselhos de Administração.

2ª Questão: *Quais as atitudes dos fisioterapeutas que desenvolvem actividades docentes face ao actual enquadramento legal do exercício e do ensino da Fisioterapia?*

Quanto às condições para o exercício da profissão, temos um forte assentimento quanto à titularidade do curso e um menor entusiasmo quanto à forma prevista para o seu reconhecimento e para a sua validação.

Em termos de regulamentação da profissão, a continuidade do exercício por trabalhadores tanto subordinados como autónomos que não preenchem os requisitos é vista de forma diferente consoante se tenha ou não em conta a regulamentação da profissão. Assim, até à regulamentação, não admitem a continuidade dos trabalhadores autónomos de forma muito veemente, e de forma menos enérgica dos trabalhadores subordinados. Porém, após a regulamentação, existe uma recusa veemente na continuação do exercício tanto dos trabalhadores subordinados como dos autónomos.

O enquadramento profissional é marcado por um forte acordo relativamente à programação, execução e avaliação das técnicas adequadas à intervenção, bem como ao acesso aos dados clínicos, pessoais, sociais dos doentes. Verificou-se ainda um acordo, mas com menor entusiasmo, em relação à elaboração e actualização dos ficheiros e elementos estatísticos e também à comunicação dos resultados da sua intervenção à equipa. A integração numa equipa de saúde onde a intervenção é feita sob prescrição do respectivo elemento médico indicou uma tendência para a dispersão de opiniões.

Quanto ao conteúdo funcional, foi possível identificar uma grande harmonia relativamente aos seguintes aspectos: os fisioterapeutas desenvolvem actividades de ensino aos deficientes; os fisioterapeutas utilizam técnicas específicas da profissão, destacando-se as terapias pelo movimento, a electroterapia e a hidroterapia, sendo menos evidente a concordância em relação à utilização das terapias manipulativas. Verificam-se porém opiniões que apontam diferentes sentidos quando se trata da colaboração no diagnóstico das áreas lesadas e na elaboração dos relatórios.

Nas competências verificou-se concordância exuberante quanto ao facto de o acesso à categoria de fisioterapeuta especialista se efectuar mediante provas públicas, diminuindo o nível de concordância quando se trata das competências do fisioterapeuta principal no exercício da profissão. Identificou-se todavia dispersão de opiniões relativamente às competências dos fisioterapeutas de 1ª classe no exercício da profissão e na colaboração com a formação, às competências dos fisioterapeutas principais e dos fisioterapeutas que estão habilitados com o CCEA, respectivamente, na colaboração com a formação e ao exercício de funções docentes nas escolas, e ainda quanto à continuidade da integração dos fisioterapeutas na carreira dos TDT.

A integração no ensino superior mereceu um forte acordo em relação aos seguintes aspectos: os fisioterapeutas pertencentes ao actual corpo docente devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação e aos

corpos docentes das ESTeS deve aplicar-se o estatuto do pessoal docente do ensino superior politécnico. A dupla tutela (Ministérios da Educação e da Saúde) sobre o ensino nas ESTeS, a continuidade do actual corpo docente até ao final do regime de instalação, a integração do curso de Fisioterapia na ESTeS e a dotação de personalidade jurídica, de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira a essas escolas, merecem igualmente acordo, embora menos efusivo.

Na formação pós-graduada da ESTeS-Lx foi possível identificar um ajustamento de opiniões fortemente concordante relativamente à continuidade da leccionação de CESEs, verificando-se ainda um acordo, mas menor, em relação à continuidade da leccionação de cursos de pequena duração; à obtenção do grau de licenciado depender de um CESE exclusivamente na área científica de Fisioterapia; à continuidade da leccionação do CESE em ensino e administração; à atribuição da equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração; e aos CESEs na área científica «Fisioterapia» deverem reflectir os conteúdos funcionais do fisioterapeuta especialista.

Na criação de cursos de Fisioterapia parece existir uma concordância assinalável relativamente ao facto da APF se pronunciar sobre o assunto, embora a criação dos mesmos por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde mereça aparentemente uma concordância menos entusiasta. Verifica-se porém uma dispersão de opiniões quando forem entidades privadas a criarem tais cursos ao abrigo do Estatuto do Ensino Privado e Cooperativo, identificando-se a mesma tendência quanto aos sindicatos se pronunciarem sobre o tema.

Parece existir uma concordância de opiniões assinalável relativamente à existência de uma organização nacional que represente as profissões tecnológicas da saúde da qual os fisioterapeutas façam parte, bem como em relação à existência de um sindicato próprio de fisioterapeutas. Existe ainda um assentimento grande quanto à pouca representatividade actual dos sindicatos. A APF também é considerada não representativa de todos os fisioterapeutas mas com menor veemência do que em relação aos sindicatos. Também com menor ênfase foram identificadas opiniões discordantes quanto à existência de representação nos Conselhos de Administração.

3ª Questão: *Quais as atitudes que são comparáveis entre os fisioterapeutas que exercem nas instituições de saúde e os fisioterapeutas que desenvolvem actividades docentes?*

Quanto às condições para o exercício da profissão verificou-se um forte assentimento em relação à titularidade do curso, e um menor entusiasmo quanto à forma prevista para o seu

reconhecimento e sua validação.

Em termos de regulamentação da profissão, a continuidade do exercício para trabalhadores tanto subordinados como autónomos que não preencham os requisitos é encarada de forma diferente consoante se tenha em conta ou não a regulamentação da profissão. Assim, os dois grupos de fisioterapeutas não admitem de forma muito marcada a continuidade do exercício para trabalhadores subordinados ou autónomos após a regulamentação, tendo também expressado uma discordância moderada relativamente ao período de tempo que anteceda a própria regulamentação.

O enquadramento profissional é marcado por um forte acordo relativamente ao acesso aos dados clínicos, pessoais e sociais dos doentes, verificando-se porém um assentimento menor face ao facto dos fisioterapeutas assegurarem a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos e a comunicação dos resultados da intervenção aos outros membros da equipa. A integração numa equipa de saúde e o facto da sua intervenção ser feita sob prescrição do respectivo elemento médico indiciaram uma tendência para a dispersão de opiniões.

Quanto ao conteúdo funcional foi possível identificar uma coincidência de opiniões marcadamente concordantes relativamente aos seguintes aspectos: os fisioterapeutas ensinam aos deficientes o modo de proceder mais adequado consoante a sua incapacidade ou deficiência, e utilizam técnicas específicas da profissão (terapias pelo movimento, electroterapia e hidroterapia). São porém dispersas as opiniões sobre a colaboração no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas por parte dos fisioterapeutas, bem como sobre a elaboração de relatórios dos resultados obtidos.

Em relação às competências verificou-se uma concertação moderada quanto ao facto do fisioterapeuta principal enquadrar e coordenar o pessoal da sua profissão. Verificou-se todavia dispersão de opiniões relativamente às competências do fisioterapeuta de 1ª classe no enquadramento e coordenação dos seus pares e na sua colaboração com a formação, às competências dos fisioterapeutas principais e dos fisioterapeutas que estão habilitados com o CCEA, respectivamente, na colaboração como monitor nos cursos de formação e no exercício de funções docentes nas escolas, e ainda quanto à continuidade da integração dos fisioterapeutas na carreira dos TDT.

A integração no ensino superior mereceu um forte acordo relativamente ao facto dos fisioterapeutas transitarem para a carreira docente se possuírem as habilitações académicas no final do regime de instalação e a aplicação da carreira docente do ensino superior politécnico

aos mesmos. A dupla tutela (Ministérios da Educação e da Saúde) sobre o ensino das ESTeS, a continuidade do actual corpo docente até ao final do regime de instalação e a integração do curso de Fisioterapia nas ESTeS mereceu igualmente acordo, embora menos efusivo.

Na formação pós-graduada na ESTeS-Lx identificou-se um conjunto de opiniões fortemente concordantes relativamente à continuidade da leccionação de CESEs, verificando-se ainda um acordo, mas menor, em relação à continuação da leccionação de cursos de pequena duração e do CESE em ensino e administração; à atribuição da equivalência do CCEA ao CESE em ensino e administração; ao facto de para obter o grau de licenciado ser exigido um CESE exclusivamente na área científica de Fisioterapia; e aos CESEs desta área deverem reflectir os conteúdos funcionais no fisioterapeuta especialista.

Quanto aos cursos de Fisioterapia parece existir uma concordância assinalável em relação ao facto da APF se pronunciar sobre a sua criação. A promoção dos mesmos por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde mereceu uma concordância menos efusiva e verificou-se uma dispersão de opiniões quando forem entidades privadas a criar cursos ao abrigo do Estatuto do Ensino Privado e Cooperativo ou de os sindicatos se pronunciarem sobre o assunto.

Em relação às organizações representativas dos fisioterapeutas, não foram identificadas atitudes comparáveis entre os dois grupos que constituíram a amostra.



Considerações finais e Recomendações

A finalidade do nosso estudo foi identificar as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, e de acordo com os resultados obtidos, foram definidas tendências (concordância, discordância e dispersão) por área temática da escala de atitudes relativamente aos seus itens. Em consequência, apresentamos a seguir as nossas recomendações para o desenvolvimento do exercício e do ensino da Fisioterapia.

As atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino anteriormente descritas estão directamente ligadas ao que estes profissionais pensam, sentem e ao modo como gostariam de se comportar em relação ao objecto atitudinal, o que pode ter implicações no exercício e na educação em Fisioterapia, já que estabelecem uma relação entre atitude e comportamento.

As implicações a que nos referimos prendem-se com o facto de as escolas e os estabelecimentos de saúde serem instituições normalizadoras de atitudes, comportamentos, contextos de aprendizagem e crenças, as quais, por vezes, assumem um papel muito importante na vida pessoal de cada fisioterapeuta, ou de qualquer outro indivíduo, e a relação que estabelece com os outros.

A Teoria da Acção Reflectida constitui uma contribuição significativa no estudo da relação entre atitude e comportamento. Nesta teoria são consideradas duas componentes passíveis de serem determinadas e que por sua vez predizem comportamentos: as atitudes da pessoa (neste caso o fisioterapeuta) relativamente a um acto em particular e a norma subjectiva, isto é, a percepção do que as outras pessoas esperam que a mesma faça e a motivação para se confrontarem com essa expectativa. A teoria procura ainda explicitar os antecedentes da formação das atitudes e a norma subjectiva, considerando que as atitudes são influenciadas pelas crenças relativamente aos resultados obtidos em determinadas situações ou consequências de comportamentos específicos, enquanto a norma subjectiva é a consequência das crenças sobre os julgamentos de outros indivíduos em relação ao seu próprio comportamento. No modelo inerente à teoria, um dos aspectos mais pertinente é o facto de se considerar que deve ser estudado e compreendido o comportamento humano, separando bem o papel que as crenças e as atitudes têm como promotores do próprio comportamento. Por outro lado, a determinação das crenças subjacentes podem permitir *a posteriori* a construção de “mensagens” persuasivas com vista a alterar as mesmas no sentido considerado como o mais adequado. Desenvolvimentos posteriores da Teoria da Acção Reflectida têm sugerido que quando os comportamentos envolvem aspectos morais deve ser acrescentada outra compo-

nente no modelo inicial, a medida da obrigação moral. Esta componente tem uma correlação mais forte com a intenção comportamental do que com as atitudes ou é mesmo subjectiva quando a situação envolve aspectos morais, o que não se verifica quando esses aspectos não estão presentes.

Tendo em conta os resultados obtidos no nosso estudo, e as respectivas conclusões, e tomando como referência a Teoria de Acção Reflectida, consideramos que, apesar de existirem atitudes comuns entre os dois grupos de fisioterapeutas, esses grupos também expressaram opiniões diferentes relativamente a alguns itens, o que parece indiciar uma tendência para comportamentos diferentes de um e outro grupo face ao mesmo objecto atitudinal. Tal facto parece-nos natural e desejável já que os desafios que actualmente e em termos de futuro se colocam aos fisioterapeutas do exercício e do ensino, são diferentes. No entanto é importante referir que ambos os grupos profissionais desenvolvem as suas actividades no contexto da Saúde, o qual encerra em si próprio uma certa “medida de obrigação moral”. A tradução desta medida num código deontológico deverá, em nossa opinião, ser a etapa do processo de profissionalização que tanto os fisioterapeutas do exercício como os do ensino devem tentar alcançar rapidamente em termos administrativos e políticos.

Tomando como base as Teorias referidas na revisão da literatura e considerando que o processo de profissionalização dos fisioterapeutas, quer no exercício quer no ensino, é ainda muito recente, tendo que enfrentar diariamente muitas dificuldades de natureza institucional e política e ainda em relação a cada fisioterapeuta considerado individualmente, cremos na diferenciação progressiva das atitudes dos dois grupos profissionais de acordo com as necessidades de afirmação da identidade da profissão com vista a uma prestação de cuidados de saúde centrada nos doentes/utentes/clientes. Isto deve-se fundamentalmente às características da própria profissão, as quais apelam sobretudo para a conjugação da arte e da ciência em busca de uma teoria e de uma tecnologia próprias relegando para segundo plano os aspectos relativos à organização profissional. Cremos ainda que a necessidade de afirmação da identidade da profissão levará à consolidação de uma área científica, consubstanciada em saberes próprios e numa metodologia de investigação adequada e ainda a um modelo de exercício profissional no sector público e privado que reflecta um profissional com capacidade para assumir a sua profissão de uma forma independente.

Em nossa opinião as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino devem constituir objecto de estudos separados para que o nível de aprofundamento das atitudes seja muito mais específico, tendo em conta ainda o sector público e o sector privado. Estes estudos

poderão ser realizados de cinco em cinco anos para assim permitirem avaliar as tendências de desenvolvimento da Fisioterapia em Portugal e a nível internacional.

Lisboa, 30 de Dezembro de 1998

Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho
Maria Isabel Monsanto Pombas de Sousa Coutinho

Referências bibliográficas

- Abelson, R.P. (1976). Script processing in attitude formation and decision making. In J.S. Carrol e J.W. Payne (Eds), *Cognition and social behavior*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Adorno, T.W., Frenkel-Brunswick, E., Levinson, D.J. e Sanford, R.N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper and Row.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes Open University Press.
- Ajzen, I., e Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood-Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Alexandre, V. (1971). *Les échelles d'attitudes*. Paris: Editions Universitaires.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed), *A handbook of social Psychology* (pp. 798–844). Wooncester, Massachusetts: Clark University Press.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth at personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Almeida Costa, J., e Sampaio e Melo, A. (1996). *Dicionário da língua portuguesa* (8ª Ed). Dicionários Editora. Porto Editora.
- Asch, S.E. (1946). Forming impressions of personality. *Journal of abnormal and social Psychology*, 41, 258–290.
- Asch, S.E. (1952). *Social Psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Bergin, A.E. (1962). The effect of dissonance persuasive communications upon changes in self-referring attitudes. *Journal of personality*, 30, 423–438.
- Brown, R. (1965). *Social Psychology* (1ª Ed). New York: MacMillan.
- Campbell, D.T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioural dispositions. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science*. Vol. 6 – Investigations of man as sociers: Their place in Psychology and the social sciences. New York: MacGraw-Hill.
- Campbell, D.T. (1950). The indirect assessment of social attitudes. *Psychological bulletin*, 47, 15–38.
- Campos, M. (1998). *O curso de Fisioterapia no IPDEG*. Comunicação privada.
- Cantril, H. (1954). *Gauging public opinion*. Princeton University Press.
- Centers, R. (1949). *The Psychology of social classes*. Princeton University Press.
- Charman, R. (1990). Bioelectricity and Electrotherapy — Towards a new Paradigm?. *Physiotherapy*, Série de oito artigos publicados a partir de Setembro de 1990, Vol. 76, p. 502, e que viria a terminar em Março de 1991, Vol. 77, pp. 211–216.

- CPLKUE (1996). *The practice of Physiotherapy in the European Union*. CPLKUE Report.
- CPLKUE (1997). *Physiotherapy. A profession of today and tomorrow*. Information of the CPLKUE.
- Cohen, A.R. (1964). *Attitude change and social influence*. New York: Basic Books.
- Cooper, E. e Jahoda, M. (1947). The evasion of propaganda: how prejudiced people respond to anti-prejudice propaganda. *Journal of Psychology*, 23, 15–25.
- Crocker, J., Fiske, S.T., e Taylor, S.E. (1984). Schematic bases of belief change. In J. R. Eiser (Ed), *Attitudinal judgement*. New York: Springer Verlag.
- Deutsch, M. e Collins, M.E. (1951). *Interracial housing: A psychological evaluation of a social experiment*. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Doob, L. (1947). The behavior of attitudes. *Psychological review*, 54, 135–156.
- Eiser, J.R. (1986). *Social Psychology: Attitudes, cognition and social behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eiser, J.R., e van der Pligt, J. (1984). Accentuation theory, polarization and the judgement of attitude statements. In J.R. Eiser (Ed), *Attitudinal judgement*. New York: Springer Verlag.
- Eysenck, H. (1954). *The Psychology of politics*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Fazio, R.H., e Cooper, J. (1982). Arousal in the dissonance process. In J.T. Cacioppo e R.E. Petty (Eds), *Social psychophysiology*. New York: The Guilford Press.
- Fazio, R.H., e Zanna, M.P. (1981). Direct experience and attitude behaviour consistency. In L. Berkowitz (Ed), *Advances in experimental social Psychology* (Vol. 14). New York: Academic Press.
- Fazio, R.H., Sanbonmatsu, D.M., Powell, M.C., e Kardes, F.R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of personality and social Psychology*, 50, 229–238.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7, 117–140.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, Illinois: Row Peterson.
- Fishbein, M. (1965). A consideration of beliefs, attitudes, and their relationships. In I. Steiner, e M. Fishbein (Eds), *Current studies in social psychology* (pp. 107–120). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Fishbein, M. (1966). The relationships between beliefs, attitudes and behaviour. In S. Feldman, *Cognitive consistency*. New York: Academic Press.
- Fishbein, M., e Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reeding, Massachusetts: Addison Wesley.

- Freedman, J.L., Carlsmith, J.M., e Sears, D.O. (1970). *Social Psychology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gorsuch, R.L., e Ortberg, J. (1983). Moral obligation and attitudes: Their relation to behavioral intentions. *Journal of personality and social Psychology*, 44, 1025–1028.
- Granger, F. (1976). The development of Physiotherapy. *Physical therapy*, 56, 13–21.
- Haase, E. (1996). Avant-Propos. *Resume des Déclarations Politiques du CPLKUE*. CPLKUE: Danish Physiotherapists Association
- Harvey, J.H., e Smith, W.P. (1977). *Social Psychology: An attributional approach*. St. Louis: The C. V. Mosby Company.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological review*, 51, 358–374.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *Journal of Psychology*, 21, 107–112.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Helders, P. (1993). *Effects of Physiotherapy*. Comunicação apresentada numa reunião internacional de fisioterapeutas organizada pela Associação Holandesa de Fisioterapeutas, Novembro de 1993, Haia, policopiado, 10 pags.
- Herek, O.M. (1986). The instrumentality of attitudes toward a neofunctional theory. *Journal of Social Issues*, 42, 90–114.
- Hislop, H. (1975). The not-so-impossible dream. *Physical therapy*, 10, 1969–1980.
- Hovland, C.I. (1957). *The order of presentation in persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Hovland, C.I., e Mandell, W. (1952). An experimental comparison of conclusion drawing by the communicator and by the audience. *Journal of abnormal and social Psychology*, 47, 581–588.
- Hovland, C.I., Harvey, G.J., e Sherif, M. (1957). Assimilation and contrast effects in reaction to communication and attitude change. *Journal of abnormal and social Psychology*, 55, 244–252.
- Hovland, C.I., Janis, I.L., e Kelley, H.H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Hovland, C.I., Lumsdaine, A.A., e Sheffield, F.D. (1949). Experiments on mass communication. *Studies in social psychology in world war II* (Vol. 3). Princeton University.
- Janis, I.L., e Feshbach S. (1953). Effects of fear-arousing communications. *Journal of abnormal and social Psychology*, 48, 78–92.

- Janis, I.L., e Milholland, H.C. (1954). The influence of threat appeals on selective learning of the content of persuasive communication. *Journal of Psychology*, 37, 75–80.
- Janis, I.L., e Terwilliger, R. (1962). An experimental study of psychological resistances to fear-arousing communication. *Journal of abnormal and social Psychology*, 65, 403–421.
- Jesuíno, J.C. (1994). *O que é psicologia*. Lisboa, Difusão Cultural
- Jones, E.E., e Gerard, H. (1967). *Foundations of social Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Jones, R. (1990). The growth of autonomy in Physiotherapy. In R. Jones (Ed), *Management in Physiotherapy*. Oxford: R. Radcliffe Medical Press.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion quarterly*, 24, 163–204.
- Katz, D. e Stotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In S. Koch, *Psychology: A study of a science* (Vol. III).
- Kelley, H.H. (1968). Interpersonal accommodation. *American psychologist*, 23, 399–410.
- Kelley, H.H., e Volkart E.H. (1952). The resistance to change of group-anchored attitudes. *American sociological review*, 17, 453–465.
- Kelley, H.H., e Woodruff, C.L. (1956). Member's reation of apparent group approval of a counternorm communication. *Journal of abnormal and social Psychology*, 52, 67–74.
- Krech, D.; e Crutchfield, R.S. (1948). *Theory and problems of social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Krech, D., Crutchfield, R.S., e Ballachie, E.L. (1962). *Individual in society*. New York: McGraw-Hill.
- Kutner, B., Wilkins, C., e Yarrow, P.R. (1952). Verbal attitudes and overt behavior involving racial prejudice. *Journal of abnormal and social Psychology*, 47, 649–652.
- Levine, S.M. e Murphy, G. (1943). The learning and forgetting of controversial material. *Journal of abnormal and social Psychology*, 38, 507–517.
- Licht, S. (1958). History. In S. Licht (Ed), *Therapeutic exercise* (pp. 380–422). Baltimore: Waverly Press.
- Likert, R.A. (1932). A technique for measurements of attitudes. *Achives of Psychology*, 22, 1–55.
- List, M. (1985). Physiotherapy: a mobile profession in health care. *Journal of Singapore Physiotherapy association*, 7.

- Lima, M.L.P. (1993). Atitudes. In J. Vala e M.B. Monteiro (Orgs.) *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lopes, A. (1994). *Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas. Papel e modalidades da formação contínua*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Mann, L. (1970). *Social Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Mason, A. (1985). Something to do with touch. *Physiotherapy*, 71, 167–169.
- Mason, A. (1992). Rub, rub, rubbish: Massage in the nineteenth century. *Physiotherapy*, 78, 666.
- McCoy, P. (1987). *Physiotherapy: A Profession?*. Dissertation submitted as part fulfilment for the Degree of Master of Education at Queen's University, Belfast, Mimeog.
- McCoy, P. (1991). Curriculum for the future. *Physiotherapy*, 77, 181–182.
- McGuire, W.J. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey e E. Arousan (Eds), *The handbook of social Psychology* (2nd ed). New York: Roudow House.
- Miles-Tapping (1985). Physiotherapy and Medicine: Dominance and control?. *Physiotherapy Canada*, 37, 289–293.
- Milner, D. (1983). *Children and race*. London: Ward Lock Educational
- Moura da Silva, C. (1994). *Estatística aplicada à Psicologia e ciências sociais*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Murphy G., Murphy, L.B., e Newcomb, T.M. (1937). *Experimental social Psychology*. New York: Harper & Row.
- Newcomb, T.M. (1943). *Personality and social change*. New York: Dryden.
- Newcomb, T.M. (1953). An approach to the study of communication acts. *Psychological review*, 60, 393–404.
- Newcomb, T.M. (1958). *Social Psychology*. New York: Dryden.
- Newcomb, T.M., Turner, R.H., e Converse, P.E. (1965). *Social Psychology: The study of human interaction*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Newcomb, T.M., Koenig, K.E., Flacks, R., e Warmick, D.P. (1967). *Persistence and change*. New York: John Wiley & Sons.
- OIT (1986). *Classification internationale types des professions* (édition révisée). Genève: Bureau Internationale du Travail.

- Paatero, H. (1982). Physiotherapy in future prospect. An idea of reality. *Proceedings of the 9th International Congress of WCPT* (pp. 868–877), Stockolm. Editado por Legitemerade Sjukgymnasters Riksförbund.
- Peat, M. (1981). Physiotherapy: Art ou science?. *Physiotherapy Canada*, 33, 170–176.
- Piaget, J., e Weil, A. M. (1951). Le développement chez l'enfant de l'idée de patrie et des relations avec l'étranger. *Bulletin International des Sciences Sociales*, III, 3, 605–650.
- Piper, M. (1991). Physiotherapy and research: Future visions. *Physiotherapy Canada*, 43, 7–10.
- Prado, E., Mizukami, M.G. e Rodrigues, A., Credibilidade do comunicador, autoritarismo e mudança de atitude. *Educação e Reabilitação*, 5, 5–11.
- Pratkanis, A.R. (1988). The attitude heuristic and selective fact identification. *British Journal of Social Psychology*, 27, 257–263
- Pratt, J. (1989). Towards a Philosophy of Physiotherapy. *Physiotherapy*, 75, 114–120.
- Raven, B.H., e Rubin, Z. (1983). *Social Psychology*. New York: John Wiley & Sons.
- Roberts, P. (1994). Theoretical models of Physiotherapy. *Physiotherapy*, 80, 361–366.
- Rodrigues, A. (1996). *Psicologia social* (16^a Ed). Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Rodrigues, A., e Cavalcanti, P. (1971). *Manipulation of self-extreme in the Asch situation*. American Psychological Foundation Grant, Technical Report n° 3, Rio de Janeiro.
- Rodrigues, A. e Newcomb, T.M. (1980). The balance principle: Its current status and its integrative function in social psychology. *International Journal of Psychology*, 14, 85–136.
- Rokeach, M. (1967). Attitude change and behavioral change. *Public opinion quarterly*, 30, 529–550.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding Human Values Individual and Societal*. New York: The Free Press.
- Rosenberg, M.J. (1960). An analysis of affective cognitive consistency. In C.I. Hovland e M. Rosenberg (Eds), *Attitude organisation and change*, New Haven: Yale University Press.
- Rosenberg, M.J., e Abelson, R.P. (1960). An analysis of cognitive balancing. In C.I. Hovland e I.L. Janis, (Eds), *Attitude organisation and change* (pp. 112–163). New Haven: Yale University.
- Rosenberg, M.J., e Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. In C.I. Hovland e M.J. Rosenberg (Eds), *Attitude organization and change. An analysis of consistency among attitude components*. New Haven: Yale University Press.

- Rosnow, R.L. e Robinson, E.J. (Eds) (1967). *Experiments in persuasion*. New York: Academic Press.
- Schlegel, R.P. e Ditecco, D. (1982). Attitudinal structures and the attitude behaviour relation. In M.P. Zanna, E.T. Higgins e C.P. Herman (Eds), *Consistency in social behaviour: The Ontario symposium Vol 2*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Secord, P.F., e Backman, C.W. (1964). *Social Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Secord, P.F., Bevan, W. e Katz, D. (1956). The negro stereotype and perceptual accentuation. *Journal of abnormal and social Psychology*, 53, 78–83.
- Sentis, K.P., e Burnstein, E. (1979). Remembering schema consistent information: effects of ballance schema on recognition memory. *Journal of personality and social Psychology*, 37, 2200–2211.
- Sheriff, C., Sheriff, M. e Nebergall, R. (1965). *Attitude and attitude change*. Philadelphia: Saunders.
- Sheriff, M. (1935). A study of some social factors in perception. *Archives of Psychology*, 187.
- Shomer, R.W., e Centers, R. (1970). Differences in attitudinal responses under conditions of implicitly manipulated group salience. *Journal of personality and social Psychology*, 15, 125–132.
- Sivacek, J., e Cramo, W.D. (1982). Vested interest as a moderation of attitude-behaviour consistency. *Journal of personality and social Psychology*, 43, 210–221.
- SLCP (1987). *Second report on demography*. Edição do Standing Liaison Committee of Physiotherapists within the EEC, UK, Mimeografado.
- Smith, M.B., Bruner, J.S., e White, R.W. (1956). *Opinions and personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Soczka L. (1983). *SOPOL. Estudo factorial de um questionário de atitudes sociais validado para a população portuguesa*. Lisboa, LNEC.
- Tajfel, H., e Jahoda, G. (1966). Development in children of concepts and attitudes about their own and other nations: a crossnational study. *Proceedings of the 18th International Congress in Psychology* (Symposium 36, pp. 17–33), Moscovo.
- Taylor, T. e Domholdt, E. (1991). Legislative change to permit direct access to physical therapy services: A study of process and content issues. *Physical therapy*, 71, 382–389.
- Thibaut, J.W., e Riecken, H.W. (1955). Authoritarianism, status and the communication of aggression. *Human relations*, 8, 95–120.
- Thomas, W.I., e Znaniecki, F. (1918). *The polish peasnt in Europe and America*. New York: Dover.

Thurstone, L.L. (1928). Attitudes can be measured. *American journal of Sociology*, 33, 529–554.

Thurstone, L.L., e Chave, E.J. (1929). *The measurements of attitudes*. Chicago: The University of Chicago Press.

Triandis, H.C. (1971). *Attitudes and attitude change*. New York: John Wiley & Sons.

Tyni-Lenné, R. (1991). Towards a physical therapy paradigm. *Proceedings of the 11th International Congress of WCPT* (pp. 238–240). London: WCPT.

Vala, J. (1992). A investigação em psicologia. In M. Gago (Ed), *O estado das ciências em Portugal*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

Viel, E. (1982). Sociology and the manual treatment of pain. *Proceedings of the 9th International Congress of WCPT* (pp. 305–308), Stockolm. Editado por Legitemerade Sjukgymnasters Riksförbund.

Wagstaff, P. (1988). *The feasibility and development of a common core curriculum for Physiotherapy students throughout to member states of the European Economic Community*. Doctoral Thesis, Dublin, University of Dublin, Trinity College, mimeografado.

Williams, J. (1986). Physiotherapy is handling. *Physiotherapy*, 72, 66–70.

Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of personality and social Psychology*, 9, 1–27.

Zanna, M.P., e Olson, J.M. (1982). Individual differences in attitudinal relations. In M.P. Zanna, E.T. Higgins e C.P. Herman (Eds), *Consistency in social behaviour: The Ontario symposium*, Vol 2. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Zimbardo, P.G. (1960). Involvement and communication discrepancy as the terminates of opinion uniformity. *Journal of abnormal and social Psychology*, 60, 86–94.

Anexo

Elementos do trabalho de campo

-

Carta

Questionários

Escala de atitudes

Carta de apresentação do inquérito e da escala de atitudes

Caro colega

O questionário e a escala de atitudes que são apresentados em seguida constituem o instrumento de recolha de informação para o estudo *As atitudes dos fisioterapeutas face ao ensino e ao exercício da fisioterapia em Portugal*, integrado no mestrado de Psicologia Educacional do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

O estudo em causa é orientado pela Professora Doutora Glória Ramalho, estando incluído no *curriculum* do mestrado referido.

A área geográfica onde se procurará estudar as atitudes dos fisioterapeutas relativamente ao ensino e ao exercício circunscreve-se a Lisboa e Vale do Tejo. A população a abranger é o conjunto dos fisioterapeutas que está a leccionar na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e que exercem simultaneamente nas instituições de saúde tuteladas pela Administração Pública.

A pesquisa será realizada durante o ano lectivo de 1996/1997. Como metodologia para a recolha de dados elaborou-se um questionário e uma escala de atitudes solicitando-se a sua colaboração para o seu preenchimento.

Considera-se que este estudo poderá contribuir para a **identificação das atitudes** dos fisioterapeutas face ao ensino e ao exercício.

Na construção da escala de atitudes recorreu-se aos **diplomas legais que regulamentam quer o ensino quer o exercício**, de forma a avaliar de modo mais objectivo aspectos que no momento actual têm importância vital para o desenvolvimento e afirmação da profissão de fisioterapeuta.

Nos itens que constituem a escala de atitudes **verificará que se utilizou o mesmo tipo de linguagem dos diplomas legais** para não se correr o risco de alterar o significado das disposições das leis.

Agradecendo antecipadamente a sua disponibilidade aproveita-se para informar que para o preenchimento do questionário e da escala de atitudes serão dados todos os esclarecimentos que entenda necessários.

Com os melhores cumprimentos, subscrevo-me com elevada consideração

Lisboa, 1 de Outubro de 1996

Dr^a Maria Isabel M. P. de Sousa Coutinho

Questionário para Fisioterapeutas a exercerem nas Instituições de Saúde

1. Idade□□ anos

2. Sexo:

• Masculino□

• Feminino.....□

3. Formação Académica:

4. Ano em que concluiu o curso de Fisioterapia..... 19□□

5. Escola, ou Instituição, em que se diplomou:

6. Se concluiu o Curso Complementar de Ensino e Administração (CCEA):

6.1. Em que ano o fez 19□□

6.2. Em que Escola em que obteve o diploma no CCEA:

7. Se concluiu outros cursos superiores:

7.1. Quais os cursos que concluiu

a)

b)

c)

7.2. Quais os estabelecimentos do Ensino Superior onde os concluiu:

a)

b)

c)

8. Se concluiu pós-graduações

8.1. Que pós-graduações concluiu

- a) _____
- b) _____
- c) _____

8.2. Quais os estabelecimentos de Ensino Superior onde as concluiu:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

9. Se concluiu Cursos de Estudos Superiores Especializados

9.1. Que Curso de Estudos Superiores Especializados concluiu:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

9.2. Qual o estabelecimento de ensino superior onde os concluiu:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

10. Se frequenta actualmente um Curso de Estudos Superiores Especializados ou um Mestrado

10.1. Qual o Curso de Estudos Superiores Especializados ou um Mestrado que frequenta

10.2. Estabelecimento de ensino superior onde o frequenta

11. Situação profissional

- Hospital Central.....
- Hospital Distrital.....
- Hospital Concelhio
- Centro de Saúde
- Outro tipo de Instituição.....

Qual? _____

12. Categoria profissional na carreira de diagnóstico e terapêutica

- Fisioterapeuta de 2ª.....
- Fisioterapeuta de 1ª.....
- Fisioterapeuta Principal.....
- Fisioterapeuta Especialista
- Fisioterapeuta Especialista de 1ª.....
- Fisioterapeuta Director

13. Vínculo à Instituição de saúde onde é Fisioterapeuta

- Quadro da Instituição
- Recibo Verde.....
- Contrato a termo certo

14. É sócio da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF)?

- sim
- não Porquê? _____

15. Pertence a algum grupo de interesse da APF?

- sim Qual? _____
- não

16. Desenvolve algum cargo nos órgãos de gestão da APF (incluindo os grupos de interesse e núcleos)?

- sim
- não

17. É sindicalizado?

- sim
- não Porquê? _____

18. Faz parte dos órgãos de gestão do seu sindicato?

- sim
- não

19. É membro de alguma associação internacional no âmbito da Fisioterapia?

- sim Qual? _____
- não

20. É membro de alguma associação nacional ou internacional no âmbito técnico ou científico?

- sim Qual? _____
- não

21. Que tipo de formação contínua costuma frequentar

21.1. Temas de formação

- Terapias pelo movimento
- Terapias manipulativas
- Electroterapia.....
- Hidroterapia.....
- Metodologias de Educação
- Planeamento de recursos

21.2. Duração da formação

- Cursos de fim de semana
- Cursos de 1 semana.....
- Cursos de 2 semanas
- Cursos de mais do que 3 semanas.....
- Estágios em Portugal.....
- Estágios no Estrangeiro.....

22. Face ao seu projecto profissional como fisioterapeuta actualmente considera-se

- Um generalista.....
- Um especialista.....
- Um docente
- Um investigador
- Um gestor.....

Questionário para Fisioterapeutas a exercerem funções docentes

1. Idade □ □ anos
2. Sexo:
 - Masculino □
 - Feminino □
3. Formação Académica: _____
4. Ano em que concluiu o curso de Fisioterapia 19 □ □
5. Escola, ou Instituição, em que se diplomou: _____

6. Se concluiu o Curso Complementar de Ensino e Administração (CCEA)
 - 6.1. Em que ano o fez 19 □ □
 - 6.2. Em que Escola em que obteve o diploma no CCEA: _____

7. Se concluiu outros cursos superiores:
 - 7.1. Quais os cursos que concluiu
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____
 - 7.2. Quais os estabelecimentos do Ensino Superior onde os concluiu:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

8. Se concluiu pós-graduações

8.1. Que pós-graduações concluiu

- a) _____
- b) _____
- c) _____

8.2. Quais os estabelecimentos de Ensino Superior onde as concluiu:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

9. Se concluiu Cursos de Estudos Superiores Especializados

9.1. Que Curso de Estudos Superiores Especializados concluiu:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

9.2. Qual o estabelecimento de ensino superior onde os concluiu:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

10. Se frequenta actualmente um Curso de Estudos Superiores Especializados ou um Mestrado

10.1. Qual o Curso de Estudos Superiores Especializados ou um Mestrado que frequenta

10.2. Estabelecimento de ensino superior onde o frequenta

11. Categoria na carreira docente do ensino superior

- Encarregado de trabalhos (monitor)
- Assistente de 1º triénio.....
- Assistente de 2º triénio.....
- Professor adjunto.....
- Professor coordenador.....

12. Regime na Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico

- Dedicção exclusiva.....
- Tempo integral
- Tempo parcial.....
- Seminários.....

13. Vínculo com a Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa (ESTES-Lx)

- Quadro da ESTES-Lx.....
- Requisição
- Destacamento
- Acumulação de funções com a ESTES-Lx
- Prestação de serviços.....

14. Funções docentes que desenvolve na ESTES-Lx

- Docente responsável por uma disciplina
- Docente integrado numa equipa que lecciona uma disciplina
- Docente convidado (módulos de disciplinas)
- Encarregado de trabalhos (monitor)

15. É sócio da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF)?

- sim
- não Porquê? _____

16. Pertence a algum grupo de interesse da APF?

- sim Qual? _____
- não

17. Desenvolve algum cargo nos órgãos de gestão da APF (incluindo os grupos de interesse e núcleos)?

- sim
- não

18. É sindicalizado?

- sim
- não Porquê? _____

19. Faz parte dos órgão de gestão do seu sindicato?

- sim
- não

20. É membro de alguma associação internacional no âmbito da Fisioterapia?

- sim Qual? _____
- não

21. É membro de alguma associação nacional ou internacional no âmbito técnico ou científico?

- sim Qual? _____
- não

22. Que tipo de formação contínua costuma frequentar

22.1. Temas de formação

- Terapias pelo movimento
- Terapias manipulativas
- Electroterapia.....
- Hidroterapia.....
- Metodologias de Educação
- Planeamento de recursos

22.2. Duração da formação

- Cursos de fim de semana
- Cursos de 1 semana.....
- Cursos de 2 semanas
- Cursos de mais do que 3 semanas.....
- Estágios em Portugal.....
- Estágios no Estrangeiro.....

23. Face ao seu projecto profissional como fisioterapeuta actualmente considera-se

- Um generalista.....
- Um especialista.....
- Um docente
- Um investigador
- Um gestor.....

Atitudes sobre a profissão e o ensino da Fisioterapia em Portugal

Apresentam-se em seguida nove grupos de afirmações, relacionados com o exercício e o ensino da Fisioterapia em Portugal. Por favor utilize a escala seguinte para exprimir o seu grau de concordância ou opinião em relação a cada afirmação.

Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

Escreva apenas um dos números em cada quadrado

1. Condições para o exercício da profissão de fisioterapeuta:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1.1. A titularidade de curso reconhecido nos termos legais | <input type="checkbox"/> |
| 1.2. A titularidade de diploma ou certificado reconhecido por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde | <input type="checkbox"/> |
| 1.3. A titularidade de carteira profissional ou título equivalente validado por entidade pública | <input type="checkbox"/> |

2. Regulamentação da profissão de Fisioterapeuta:

- | | |
|--|--------------------------|
| 2.1. <u>Os trabalhadores subordinados</u> que não preenchem todos os requisitos enunciados em 1. podem continuar a exercer fisioterapia até à regulamentação da profissão | <input type="checkbox"/> |
| 2.2. <u>Os trabalhadores autónomos</u> que não preenchem todos os requisitos enunciados em 1. podem continuar a exercer fisioterapia até à regulamentação da profissão | <input type="checkbox"/> |
| 2.3. Na regulamentação da profissão <u>os trabalhadores que não preenchem todos os requisitos enunciados em 1.</u> podem continuar a exercer fisioterapia após a regulamentação da profissão | <input type="checkbox"/> |

Nos três grupos seguintes, 3 a 5, descrevem-se práticas em Fisioterapia. Saliente a sua opinião em relação ao que conhece sobre o exercício dos Fisioterapeutas com quem contacta

3. Enquadramento profissional actual dos Fisioterapeutas na Administração Pública:

- | | |
|--|--------------------------|
| 3.1. Actualmente o Fisioterapeuta exerce integrado numa equipa de saúde, e a sua intervenção é feita sob prescrição do respectivo elemento médico | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. Actualmente o Fisioterapeuta assegura a elaboração e permanente actualização dos ficheiros e elementos estatísticos | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. Actualmente o Fisioterapeuta programa, executa e avalia as técnicas adequadas à sua intervenção | <input type="checkbox"/> |
| 3.4. Actualmente o Fisioterapeuta comunica os resultados da sua intervenção aos outros membros de equipa | <input type="checkbox"/> |
| 3.5. Actualmente o Fisioterapeuta tem acesso aos dados clínicos pessoais e sociais dos seus doentes necessários ao correcto exercício das suas funções | <input type="checkbox"/> |

4. Conteúdo funcional actual dos Fisioterapeuta na Administração Pública:

- | | |
|--|--------------------------|
| 4.1. Actualmente o Fisioterapeuta colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências e identificação das áreas lesadas | <input type="checkbox"/> |
| 4.2. Actualmente o Fisioterapeuta ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, consoante a sua incapacidade ou deficiência | <input type="checkbox"/> |
| 4.3. Actualmente o Fisioterapeuta elabora relatórios dos resultados obtidos | <input type="checkbox"/> |
| 4.4. Actualmente o Fisioterapeuta utiliza técnicas específicas da profissão | <input type="checkbox"/> |
| 4.5. Actualmente o Fisioterapeuta utiliza Terapias pelo movimento | <input type="checkbox"/> |
| 4.6. Actualmente o Fisioterapeuta utiliza Terapias manipulativas | <input type="checkbox"/> |
| 4.7. Actualmente o Fisioterapeuta utiliza Electroterapia | <input type="checkbox"/> |
| 4.8. Actualmente o Fisioterapeuta utiliza Hidroterapia | <input type="checkbox"/> |

5. Competências actuais do Fisioterapeuta na Administração Pública:

- 5.1. Actualmente o Fisioterapeuta de 1ª classe enquadra e coordena o pessoal da sua profissão
- 5.2. Actualmente o Fisioterapeuta principal enquadra e coordena o pessoal da sua profissão
- 5.3. Actualmente o Fisioterapeuta de 1ª classe colabora como monitor nos cursos de formação
- 5.4. Actualmente o Fisioterapeuta principal colabora como monitor nos cursos de formação
- 5.5. Actualmente os Fisioterapeutas habilitados com o curso complementar de Ensino e Administração exercem funções de professor nas Escolas
- 5.6. Actualmente o acesso à categoria de Fisioterapeuta Especialista efectua-se mediante concurso de provas públicas
- 5.7. Actualmente os Fisioterapeutas devem continuar a estar integrados na carreira de Diagnóstico e Terapêutica na Administração Pública

6. Integração no Ensino Superior

Exprima a sua opinião relativamente à forma como foi realizada a integração das Escolas Superiores de Tecnologia de Saúde (ESTES)

- 6.1. As ESTES devem ser dotadas de personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira
- 6.2. O ensino ministrado nas ESTES deve estar sob tutela dos Ministros da Educação e da Saúde
- 6.3. Os Fisioterapeutas actualmente a exercerem funções docentes devem continuar a ensinar até ao final do regime de instalação
- 6.4. Os Fisioterapeutas devem transitar para a carreira docente se possuírem as habilitações necessárias no final do regime de instalação
- 6.5. Aos corpos docentes das ESTES deve aplicar-se o Estatuto do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico
- 6.6. Actualmente o Curso Superior de Fisioterapia deve continuar integrado nas ESTES

7. Formação pós-graduada na ESTES–Lisboa (ESTES-Lx)

- 7.1. A ESTES–Lx deverá leccionar cursos de pequena duração
- 7.2. A ESTES–Lx deverá leccionar Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESEs)
- 7.3. Para obter o grau de licenciado deve ser exigido um CESE exclusivamente na área científica *Fisioterapia*
- 7.4. A ESTES–Lx deve continuar a leccionar o CESE em *Ensino e Administração*
- 7.5. A ESTES–Lx deve atribuir a equivalência do *Curso de Ensino e Administração* ao CESE em *Ensino e Administração*
- 7.6. Os CESEs na área científica *Fisioterapia* devem reflectir os conteúdos funcionais do Fisioterapeuta Especialista

8. Criação de cursos de Fisioterapia

- 8.1. Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades públicas através de despacho conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde
- 8.2. Os cursos de Fisioterapia podem ser criados por entidades privadas através do Estatuto do Ensino Privado e Cooperativo
- 8.3. A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas deve pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia
- 8.4. Os sindicatos devem pronunciar-se sobre a criação de cursos de Fisioterapia

9. Organizações representativas dos Fisioterapeutas

- 9.1. Actualmente os Fisioterapeutas estão representados nos Conselhos de Administração das Instituições de Saúde
- 9.2. Actualmente a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas é representativa de todos os Fisioterapeutas
- 9.3. Actualmente os sindicatos representam todos os Fisioterapeutas
- 9.4. Deve existir um *Conselho Nacional das Profissões de Tecnologias de Saúde* com utilidade pública e estatuto de parceiro social onde os Fisioterapeutas estejam representados
- 9.5. Os Fisioterapeutas devem ser representados por um sindicato próprio