

2º CICLO

MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

OS DETERMINANTES DO ACESSO NA MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO - A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria Teresa Tavares Ribeiro

M

2024



FACULDADE DE ECONOMIA

--

OS DETERMINANTES DO ACESSO NA MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO -
A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria Teresa Tavares Ribeiro

Plano de Dissertação

Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde

Orientado por

Professora Doutora Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira

2024

Agradecimentos

Primeiramente, deixo o meu profundo agradecimento à Prof Dra. Susana Oliveira por ter aceitado abraçar este desafio, por ter sempre uma palavra de incentivo e apesar de todos os percalços que fomos encontrando, me tenha apoiado na conclusão desta jornada.

Ao meu marido, o meu maior impulsionador e a única razão pela qual sou hoje capaz de concluir esta aventura. Foram 2 anos de muitas mudanças, mas sem dúvida que a melhor ainda está para vir. Ao amor da nossa vida, a nossa Carolina, que está prestes a chegar.

Aos meus pais, que foram sempre a minha maior fonte de motivação para esta jornada e que mesmo com todas as adversidades neste caminho, nunca me deixaram desistir. Também a toda a minha família mais próxima que tantas vezes ouviu “não posso, tenho que estudar!”

A todos os professores e colegas do MGESS, que tornaram também esta jornada, em especial à Adriana, à Ana, à Bárbara e ao Diego pela amizade e por fazerem deste sprint final uma experiência mais leve.

Aos amigos da vida que não me deixaram desistir.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

RESUMO

Introdução: O aumento da esperança média de vida e das situações de saúde potencialmente incapacitantes levam diretamente à necessidade de recorrer a serviços de MFR. Esta é um processo contínuo e coordenado que tem como principal objetivo “reduzir a incapacidade provocada pela doença, quando seja possível prevenir as complicações, melhorar a funcionalidade e atividade e permitir a participação” (Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009). O acesso aos serviços de saúde é avaliado muitas vezes através de modelos definidos sobre os determinantes do acesso. No caso da MFR pode, por vezes, estar condicionado por barreiras do mesmo foro, nomeadamente no âmbito de domínios como a proximidade, aceitabilidade, capacidade e acomodação, esforço financeiro e adequabilidade, tal como proposto no modelo de (Levesque et al., 2013)

Objetivos: Os objetivos deste trabalho passam por: 1) Compreender e dar a conhecer os determinantes do acesso à MFR; 2) Identificar os determinantes do acesso aos serviços de MFR mais importantes na perspetiva do profissional de saúde; 3) Identificar quais as barreiras ao acesso à MFR sobre as quais os TSDT se sentem mais capazes de atuar.

Metodologia: Foram recolhidas 117 respostas de profissionais de saúde TSDT que exercem funções em serviços de MFR através de questionários adaptados à área em questão. Este questionário encontrava-se dividido em 3 partes: 1) Identificação do profissional; 2) Determinantes do acesso: a) identificar dos aspetos enumerados quais os mais importantes para que os utentes consigam aceder aos serviços de MFR adequados e b) identificar quais os itens sobre os quais os profissionais consideram ter maior capacidade de intervenção; 3) Funcionamento do serviço.

Conclusões: De acordo com as opiniões recolhidas, para um melhor acesso aos serviços, deverá, primeiramente, haver um investimento em recursos humanos e físicos para que se possa dar uma resposta suficiente à procura e ao tempo de espera existente para aceder a estes serviços. Será importante também apostar na qualificação especializada desses profissionais.

Palavras-chave: Medicina Física e Reabilitação, Acesso, Profissional de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The increase in average life expectancy and potentially disabling health conditions directly leads to the need for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) services. This is a continuous and coordinated process with the primary aim of “reducing disability caused by disease, when it is possible to prevent complications, improve functionality and activity, and enable participation” (Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009). Access to healthcare services is often assessed through models defined by determinants of access. In the case of PRM, access can sometimes be hindered by similar barriers, particularly in domains such as proximity, acceptability, capacity, accommodation, financial effort, and adequacy, as proposed in Levesque et al.'s model (2013).

Objectives: This study aims to: 1) Understand and highlight the determinants of access to PRM; 2) Identify the most significant determinants of access to PRM services from the perspective of healthcare professionals; 3) Identify the barriers to access to PRM over which TSDT professionals feel most capable of acting.

Methodology: A total of 117 responses were collected from TSDT healthcare professionals working in PRM services through questionnaires adapted to the field in question. The questionnaire was divided into three parts: 1) Identification of the professional; 2) Determinants of access: a) identifying which of the enumerated aspects are most important for patients to access appropriate PRM services, and b) identifying the items over which professionals feel they have the greatest capacity for intervention; 3) Service functioning.

Conclusions: Based on the opinions gathered, to improve access to services, there must first be an investment in human and physical resources to adequately meet the demand and reduce the existing waiting time for accessing these services. Additionally, investing in the specialized qualification of these professionals will be crucial.

Keywords: Physical and Rehabilitation Medicine, Access, Healthcare Professional

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da Literatura	4
2.1. A Medicina Física e Reabilitação	4
2.2. O acesso à saúde	9
2.3. Os Determinantes de Acesso – várias perspectivas teóricas.....	11
3. Metodologia	17
4. Análise de Resultados	20
4.1. Caracterização da Amostra.....	20
4.2. Determinantes do acesso.....	23
4.2.1 Fatores mais importantes no acesso aos serviços de MFR.....	23
4.2.2 Capacidade dos profissionais intervirem no acesso aos serviços de MFR.....	28
4.2.3 A Importância dos determinantes e a Capacidade de intervenção do profissional no acesso	32
4.2.4. Caracterização do serviço.....	33
4.2.5. Respostas abertas.....	36
5. Discussão	38
6. Conclusão	43
7. Referências Bibliográficas	45
8. Anexos	50
Anexo 1 - Questionário	50
Anexo 2 – Respostas à questão T1_Q23.....	54
Anexo 3 – Teste de Mann-Whitney Questão 1 (T1) e Sexo	55
Anexo 4 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 1 (T1) e variável “Categoria Profissional” ...	57
Anexo 5 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 1 (T1) e variável “Escolaridade”	59

Anexo 6 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 1 (T1) e variável “Tipo de Instituição”	21
Anexo 7 – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 1 (T1) e variável “Zona da Instituição”	23
Anexo 8 – Teste de correlação de <i>Spearman</i> das variáveis “Idade”, “Tempo de experiência em MFR”, “Tempo de trabalho na entidade atual” e “Nº de horas de trabalho” com Questão 1 (T1)	26
Anexo 9 – Teste de Mann-whitney Questão 2 (T2) e Sexo	27
Anexo 10 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 2 (T2) e variável “Categoria Profissional”	28
Anexo 11 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 2 (T2) e variável “Escolaridade”	31
Anexo 12 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 2 (T2) e variável “Tipo de Instituição”	33
Anexo 13 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Questão 2 (T2) e variável “Zona da Instituição”	35
Anexo 14 – Teste de correlação de <i>Spearman</i> das variáveis “Idade”, “Tempo de experiência em MFR”, “Tempo de trabalho na entidade atual” e “Nº de horas de trabalho” com Questão 2 (T2)	36
Anexo 15- Teste de correlação de <i>Spearman</i> das Questões 1 (T1) e 2 (T2)	37
Anexo 16 – Análise Descritiva da Parte 3	38
Anexo 17 - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> Parte 3 (P2) e variável “Tipo de Instituição”	39
Anexo 18 – Teste de correlação de <i>Spearman</i> que avalia a variável “Tempo de experiência em MFR” e as questões da Parte 3	41

Índice de figuras

Figura 1 - Sistema de referência (adaptação do documento da Rede Nacional de Referência).....	8
Figura 2 - Modelo de Acesso de Andersen	11
Figura 3 - Diagrama do Modelo de Levesque et al. (adaptação para português de Fonseca & Oliveira (2021)).....	14

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tabela resumo dos Determinantes ao Acesso (Penchansky & Thomas, 1981) ..	12
Tabela 2 – Caracterização da amostra (n=117)	20
Tabela 3 - Itens mais importantes no acesso aos serviços de MFR, segundo a opinião dos profissionais de saúde.....	24
Tabela 4 - Tabela análise comparativa da variável “sexo” com os fatores importantes para o acesso - Teste de Mann-Whitney.....	26
Tabela 5 – Questões onde existem diferenças estatisticamente significativas entre os itens que, segundo os profissionais de saúde, mais influenciam o acesso e as diferentes categorias profissionais ou tipos de instituição onde trabalham ou zonas/regiões da instituição onde trabalham- Teste de Kruskal-Wallis	26
Tabela 6 – Fatores em que os profissionais consideram ter maior influência no acesso aos serviços de MFR.....	28
Tabela 7 – Questões onde existem diferenças estatisticamente significativas entre os itens que, segundo os profissionais de saúde, mais conseguem ter influência e as diferentes categorias profissionais, o seu nível de escolaridade ou com que trabalham em instituições de diferentes tipos - Teste de Kruskal-Wallis	30
Tabela 8 – Fatores com correlação positiva quanto à sua influência no acesso e capacidade de intervenção.....	33

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra pela variável "Zona da Instituição"	23
Gráfico 2 - Trabalho ao fim de semana.....	34
Gráfico 3 - Número de horas de funcionamento do serviço.....	34
Gráfico 4 - Nível de concordância das questões sobre a caracterização do serviço (Parte 3 do questionário).....	36

Siglas e Abreviaturas

APTF – Associação Portuguesa de Terapia da Fala

APTO – Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particulares de Segurança Social

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MFR – Medicina Física e Reabilitação

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPTF – Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala

TSDT – Técnico superior de Diagnóstico e Terapêutica

1. Introdução

Nas suas mais recentes publicações, o Instituto Nacional de Estatística (2024) estima a esperança média de vida à nascença em 81,50 anos. Uma nota de novembro de 2023 estima ainda a esperança média de vida aos 65 anos em 19,75 anos, referindo um aumento de 0,14 anos no triénio 2021-2023 (INE, 2023). De acordo com as Estatísticas da Saúde 2022 (INE, 2024) em 2023, 51,0% da população residente com 16 ou mais anos avaliava o seu estado de saúde como bom ou muito bom, mostrando um aumento de 1,5 pontos percentuais relativamente ao ano anterior. Comparativamente com a UE-27, em 2022, Portugal continuava a ser um dos países em que a perceção do estado de saúde como boa ou muito boa era mais baixa – 49,5%, 18,3 pontos percentuais a menos do que a média do mesmo ano da UE-27 (67,8%). A mesma compilação estatística menciona que 44,5% da população com idade entre os 16 e os 64 anos ou mais referiu ter doença crónica ou um problema de saúde prolongado, ou seja, um problema que dure ou possa vir a durar 6 meses ou mais, sendo os grupos com queixas mais frequentes as mulheres (47,70%) e a população idosa (71,1%) (INE, 2024).

Este crescendo de população envelhecida e de população que refere limitações nas suas atividades da vida diária (INE, 2024; Pordata, 2022), amplifica também a necessidade de recorrer à Medicina Física e de Reabilitação (MFR).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a reabilitação como o “uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social” (OMS, 2023). A MFR é vista como um processo contínuo e coordenado, cujo principal objetivo passa por “reduzir a incapacidade provocada pela doença quando seja possível prevenir as complicações, melhorar a funcionalidade e atividade e permitir a participação.” (Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009). É considerado um mercado particularmente relevante, quer pela frequência que cada utente necessita de recorrer a estes Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), quer por ser a 4ª maior despesa convencionada com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (ERS, 2022). Nesta área, os profissionais procuram trabalhar em equipas multidisciplinares e multiprofissionais e é sabido que a atuação de uma equipa deste foro apresenta os melhores resultados para os utentes. Assim, a terapia é definida como a recuperação ou compensação para a perda da

funcionalidade e a prevenção da deterioração do funcionamento, que pode incluir a Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala.

O acesso à saúde é definido como o acesso a um serviço, prestador ou instituição. Facilitar esse acesso foca-se em auxiliar a pessoa a encontrar cuidados de modo a preservar ou melhorar a sua saúde. A acessibilidade é tida como a relação funcional entre a população e as instalações e recursos médicos, que reflete a existência diferencial quer de obstáculos, impedimentos e dificuldades, quer de fatores facilitadores para os beneficiários de saúde (Levesque et al., 2013) .

Ao longo de vários anos foram vários os autores que procuraram definir os determinantes do acesso na área da saúde, mas atualmente a teoria mais validada e utilizada é a de Levesque et al., que definiram o modelo englobando dimensões e determinantes abrangentes, que integrassem fatores quer do lado da procura, quer da oferta. Desta revisão, os autores consideram 5 dimensões do acesso que conjugam tanto fatores do lado da procura como da oferta: Proximidade, Aceitabilidade, Capacidade e Acomodação, Esforço Financeiro e Adequabilidade (Levesque et al., 2013).

Apesar do acesso à saúde ser uma temática já estudada em várias perspetivas e especialidades médicas, não existem ainda muitos estudos na área da MFR e raramente é procurada a perspetiva dos profissionais que nela atuam. É uma área que ainda requer mais estudo em várias vertentes da sua existência, quer pelo seu crescimento exponencial em âmbito público e privado, quer pela constante busca do bem-estar por parte do paciente (INE, 2024). No entanto, foram identificados alguns parâmetros determinantes que podem agir como barreiras ao acesso, como por exemplo distância ao serviço, problemas com transporte, não compreensão da necessidade e importância do tratamento ou medo de procurar tratamento, falta de competência do prestador ou até má relação com este.

Assim, de modo a também contribuir para a melhoria contínua dos serviços prestados e melhor entendimento neste assunto, foram estabelecidos os seguintes objetivos deste estudo:

1. Compreender e dar a conhecer os determinantes do acesso à MFR;
2. Identificar os determinantes do acesso aos serviços de MFR mais importantes na perspetiva do profissional de saúde;
3. Compreender se o profissional se sente capaz de agir como mitigador das barreiras ao acesso na MFR e quais aquelas sobre as quais julga ter maior capacidade de intervenção.

Esta dissertação encontra-se dividida em vários capítulos, iniciando-se na revisão de literatura, onde se procura realizar uma contextualização da temática abordada neste trabalho e aprofundar as questões mais relevantes para as atividades habitualmente realizadas nos serviços de Medicina Física e Reabilitação, o acesso ao mesmo e os determinantes identificados para a sua avaliação. De seguida descreve-se a metodologia usada e os métodos de análise estatística utilizados. Por fim, nos dois últimos capítulos, são apresentados os resultados e as conclusões deste trabalho de investigação.

2. Revisão da Literatura

2.1. A Medicina Física e Reabilitação

Sendo os cuidados de saúde um serviço de acesso universal, geral e tendencialmente gratuito, desde a sua formação inicial, a Constituição da República Portuguesa (2005) pressupõe que o Estado deverá “garantir o acesso de todos os cidadãos independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. Mais tarde, com a criação da Lei de Bases da Saúde (2019) também esta assegura na Base 1 e Base 6 que “O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos.”, através do SNS e dos serviços regionais de saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais (ERS, 2023; Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro).

A Lei n.º 15/2014, que consolida a legislação de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, prevê no ponto 2 do artigo 4.º que “o utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos” e no ponto n.º 3 que “os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.

O acesso à Reabilitação constitui-se como um direito humano fundamental, suportado pela Recomendação 1185 do Parlamento Europeu, pela Carta das Nações Unidas, pelo *European Year of people with disabilities* e pela 58ª Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (Amaro et al., 2009; Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009). Esta é uma conquista civilizacional que importa preservar e aperfeiçoar (Sampaio et al., 2017). A OMS define a reabilitação como o “uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social” (OMS, 2023; Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009).

A MFR é um processo contínuo e coordenado, que tem como principal objetivo “reduzir a incapacidade provocada pela doença, quando seja possível prevenir as complicações, melhorar a funcionalidade e atividade e permitir a participação” (Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009).

De acordo com o INE (2024), em 2022, a MFR foi o segundo MCDT mais realizado em hospitais em Portugal, perfazendo um total de 16,5 milhões de atos realizados (8,0%).

Destes, 58,0% foram efetuados em hospitais públicos, 41,2% em hospitais privados e 0,8% em hospitais em parceria público-privada. Em âmbito hospitalar público, as consultas de especialidade de MFR encontram-se no 8º lugar na proporção de consultas externas por especialidade. É considerado um mercado particularmente relevante, quer pela frequência com que cada utente necessita de recorrer a estes MCDT, bem como por ser a 4ª maior despesa convencionada com o SNS (ERS, 2022; INE, 2024).

Como em todas as áreas, cada setor da saúde em Portugal tem um papel importante na MFR (Sampaio et al., 2017):

- **Setor público:** Constituído, principalmente, pelos serviços hospitalares e com um papel importante na prestação de serviços especializados e diferenciados, em situações agudas e subagudas. Estes serviços devem ser adequados no que concerne a recursos humanos e técnicos nas diferentes realidades institucionais e geográficas. O SNS desempenha um papel fundamental na nossa sociedade, como fator de progresso, desenvolvimento e até de coesão social.
- **Setor privado:** Tem revelado um papel importante quer pela sua dimensão, quer pela sua prestação de cuidados incontestável. O estatuto do SNS possibilita a celebração de acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde através do estabelecimento de convenções. Este setor é caracterizado pela presença de inúmeras unidades de pequena dimensão, com oferta de serviços mais limitadas nas áreas de intervenção.
- **Setor Social:** São instituições sem fins lucrativos que, na reabilitação, possuem uma dimensão, de acordo com dados da ERS (ERS, 2008), semelhante ou ligeiramente superior à do setor público. Deve merecer especial realce a capacidade instalada de internamento, que é superior a metade da lotação total proporcionada pelo conjunto dos prestadores do SNS.

A reabilitação deverá ser assente no trabalho conjunto de diferentes profissionais com objetivos comuns, de modo a ser capaz de alcançar os objetivos propostos ao utente (Sampaio et al., 2017). Assim, na MFR, os profissionais da saúde trabalham em estreita colaboração, em equipas multidisciplinares e multiprofissionais, proporcionando reabilitação de uma forma organizada, indexada aos objetivos e centrada no doente. A literatura relata uma maior eficácia e custo económico comparável dos cuidados de reabilitação organizados em equipa em relação a outras abordagens para a mesma finalidade. A atuação de uma equipa pluridisciplinar apresenta os melhores resultados, e todos os seus intervenientes colaboram

de forma a criar o melhor ambiente para a reabilitação e prestação de cuidados, numa perspetiva centrada no utente (Amaro et al., 2009).

Em 2017, a OMS emitiu um documento chamado “*Rehabilitation 2030: a call for action*”, que reforça a ideia de que o investimento nos cuidados de saúde física e de reabilitação é uma estratégia com retorno socioeconómico significativo (Gimigliano & Negrini, 2017; GT de MFR 2018). De entre outras, as recomendações de conclusão desta reunião afirmavam que deverá estar disponível uma força de trabalho multidisciplinar. Daí, surgiram algumas observações importantes (Gimigliano & Negrini, 2017):

4. As intervenções de reabilitação multidisciplinares devem basear-se na avaliação das necessidades do paciente.
5. A reabilitação multidisciplinar depende da disponibilidade de pessoal qualificado, incluindo terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos de MFR, protesistas e ortopedistas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas da fala e da linguagem.
6. Ao estabelecer uma força de trabalho multidisciplinar em reabilitação, é importante considerar o campo de competência dos vários profissionais de saúde e as necessidades da população; quando os profissionais de reabilitação são insuficientes, abordagens transdisciplinares podem ser utilizadas.
7. A implementação da reabilitação como um serviço de saúde multidisciplinar no sistema de saúde requer:
 - a. Ministério do Ensino Superior para garantir a formação dos vários profissionais de reabilitação.
 - b. Disponibilidade de mecanismos para implementar ainda mais a força de trabalho de reabilitação (organização profissional).
 - c. Distribuição adequada da força de trabalho em reabilitação, para que os serviços multidisciplinares de reabilitação estejam disponíveis em todos os lugares e para todos.
 - d. Financiar instalações e programas relevantes para apoiar a prestação de reabilitação multidisciplinar.

Os dados da ACSS no Portal da Transparência (2024) colocam, em novembro de 2023, na generalidade, cerca de 9800 profissionais da categoria TSDDT nos hospitais públicos. Em 2018, o Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS (2018) procurou contabilizar o número de profissionais das áreas TSDDT no SNS. Das áreas de interesse desta revisão,

concluem que existiam 990 Fisioterapeutas, 175 Terapeutas da Fala e 252 Terapeutas Ocupacionais (Ministério da Saúde, 2018). Dados da Ordem dos Fisioterapeutas e de um relatório facultado pela APTO referem um número que permite uma visão mais alargada desta realidade, enumerando 12144 fisioterapeutas inscritos na Ordem, 1836 Terapeutas Ocupacionais inscritos na ACSS e assim com autorização para exercer em Portugal. Já a informação disponibilizada pela APTF diz-nos que existem 3630 Terapeutas da fala inscritos na ACSS.

Terapia é definida como a recuperação ou compensação para a perda da funcionalidade e a prevenção da deterioração do funcionamento, que pode incluir a Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala (Bright et al., 2018). Será importante compreendermos cada uma destas profissões (GT de MFR, 2018):

- **Fisioterapeuta:** De acordo com o Decreto-Lei n.º 261/93 centra-se na “análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida.”
- **Terapeuta da Fala:** De acordo com o Decreto-Lei n.º 261/93, esta profissão compreende o “desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal.”
- **Terapeuta ocupacional:** Esta profissão está legislada no Decreto-Lei n.º 261/93 como a “avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social, ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade, através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se

necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida”.

No que concerne à referenciação, cada caso em particular ocorre de maneira diferente, conforme o circuito ilustrado na Figura 1. Atualmente, o utente pode de forma individual, procurar os cuidados de forma autónoma em clínica ou gabinete privado, não tendo a obrigatoriedade de passar por uma consulta médica. Assim, a rede de referenciação do SNS existente encaminhando o doente quer para uma clínica convencionada quer para um Hospital Público não terá de ser cumprida.

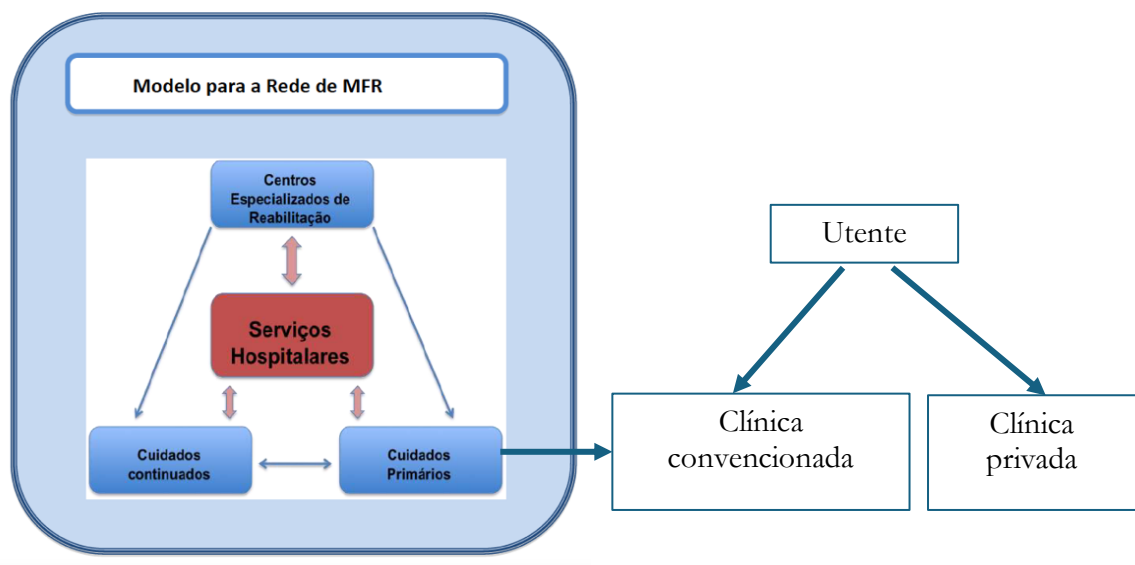


Figura 1 - Sistema de referenciação (adaptação do documento da Rede Nacional de Referenciação (Sampaio et al., 2017))

Ao nível do SNS, existem diferentes níveis de cuidados que prestam cuidados de MFR:

- Os Serviços Hospitalares são as unidades onde se prestam os cuidados mais diferenciados, pelo que é aqui que são assistidas as condições potencialmente mais incapacitantes. Para além de cuidados assistenciais, estes cuidados podem funcionar como plataforma de referenciação dos utentes para outras tipologias de cuidados.
- Os Centros Especializados de Reabilitação são unidades para tempos de intervenção mais prolongados e mais intensivos, em regime de internamento. É expectável que estes centros se transformem em centros de referência para determinadas áreas de especialidade e devem funcionar em perfeita articulação com os diferentes serviços de MFR das instituições hospitalares.

- Os Cuidados Primários serão os responsáveis pela prevenção da incapacidade, desempenhando um papel importante na orientação adequada dos seus utentes.
- Os Cuidados Continuados surgem como uma possibilidade de aumentar o número de camas de internamento para utentes em fase subaguda e crónica.

Para além dos níveis anteriormente descritos, é de relevância mencionar o setor convencionado do SNS. De acordo com a ERS, 65% das unidades privadas assentam o seu funcionamento em atividades prestadas neste âmbito e há uma maior concentração deste género de estabelecimentos na zona Norte (ERS, 2022). Prevista na Lei de Bases da Saúde, a atividade convencionada complementa a prestação de cuidados de saúde do SNS, com um impacto significativo no total de despesa do país (Sampaio et al., 2017).

2.2. O acesso à saúde

O acesso é um conceito ao qual foram dados diversos significados ao longo dos anos. Na sua etimologia, o acesso é definido como uma forma de aproximação, alcance ou entrada num local, como direito ou oportunidade de alcance, uso ou visita (Levesque et al., 2013).

Na saúde, o acesso é sempre definido como acesso a um serviço, prestador ou instituição, daí definido como a oportunidade ou a facilidade com que os consumidores ou comunidades são capazes de utilizar os serviços apropriados em proporção às suas necessidades (Levesque et al., 2013).

Facilitar o acesso centra-se em auxiliar a pessoa a procurar cuidados de modo a preservar ou melhorar a sua saúde. Poderemos ter em consideração quatro aspetos fulcrais:

- a) Se os serviços estão disponíveis, em termos da sua oferta adequada, então a população pode “ter acesso” aos cuidados de saúde;
- b) A medida em que uma população “ganha acesso” aos cuidados de saúde também depende de barreiras financeiras, organizacionais, sociais ou culturais que limitam a sua utilização. Assim, esta depende da acessibilidade, acessibilidade física e aceitabilidade dos serviços e não apenas da adequação do fornecimento.
- c) Os serviços disponíveis devem ser relevantes e eficazes, se a população estiver a “obter acesso a resultados de saúde satisfatórios”.
- d) A disponibilidade de serviços e as barreiras à sua utilização têm de ser avaliadas no contexto das diferentes perspetivas, necessidades de saúde e das configurações materiais e culturais dos diversos grupos da sociedade (Gulliford et al., 2001).

Bashshur et al. (1971) veem a acessibilidade como a relação funcional entre a população, as instalações e recursos médicos e que reflete a existência diferencial quer de obstáculos, impedimentos e dificuldades, quer de fatores facilitadores para os beneficiários dos cuidados de saúde.

Andersen descreve dois grandes temas sobre o acesso na literatura. Um tenta igualar o acesso com as características da população (orçamento familiar, cobertura de seguro, atitudes sobre os cuidados de saúde), ou com os recursos (número de médicos, camas hospitalares por pessoa e marcações e espera de visitas ao médico). O outro pode ser avaliado através do uso de indicadores de resultados, como por exemplo medidas da utilização de serviços de saúde e nível de satisfação dos serviços recebidos, que permitem a validação externa da importância de indicadores de processo (Andersen, 1978).

Peters et al. (2008) veem o acesso como algo a incluir o uso real dos serviços. É dada uma ênfase clara à consideração das características dos utilizadores e dos serviços na avaliação do acesso. Já Penchansky & Thomas (1981) assumem o acesso aos cuidados de saúde como uma preocupação das políticas de saúde. Racher & Vollman (2002) enfatizam como o conceito do acesso é “nebuloso e obscuro” para a maioria do público, bem como para profissionais e políticos (Levesque et al., 2013).

O acesso a tratamentos médicos é um dos fatores que tem um papel significativo na determinação do nível de saúde e bem-estar de uma comunidade ou população. Atualmente, a população portuguesa enfrenta graves dificuldades no acesso a cuidados de saúde, apesar do setor público dar, formalmente, acesso geral aos mesmos (Lourenço, 2022). Barros e Santos (2023) expuseram na sua nota informativa com uma análise do setor da saúde, que as condições económicas do agregado familiar “determinam em considerável medida a capacidade de acesso a cuidados de saúde, mesmo num contexto de SNS que trata todos por igual”. A ERS enquanto entidade que regula a prestação de serviços de saúde entende que o direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido na totalidade caso não se verifiquem desigualdades significativas entre as populações das diversas regiões do continente (ERS, 2009).

2.3. Os Determinantes de Acesso – várias perspectivas teóricas

Ao longo dos anos, foram vários os autores que apresentaram diferentes teorias sobre o acesso aos serviços de saúde na generalidade. Ricketts & Goldsmith (2005) e Levesque et al. (2013), nas suas revisões de literatura sobre este assunto, procuram analisar criticamente os maiores modelos utilizados na investigação e ilustrados na literatura até à altura. No primeiro, a teoria mais citada na literatura é a “*Behavioral Model of Health Services Use*”, primeiramente abordada por Ronald Andersen nos anos 60. Mais tarde, após Aday e Andersen afirmarem que o acesso é uma ideia mais política do que operacional, os autores compreenderam que os conceitos de utilização dos serviços de saúde estavam divididos em duas dimensões alternativas: a das características da população e a das características do sistema de entrega. Mais ainda, aperceberam-se que o uso dos serviços e resultados do processo de utilização poderiam ser usados para medir o acesso. A sua estrutura teórica passou então a identificar 5 componentes distintos: política de saúde, características do sistema de entrega de saúde, características da população em risco, utilização de serviços de saúde e a satisfação do consumidor como representativo da estrutura de estudo (Andersen, 1978).

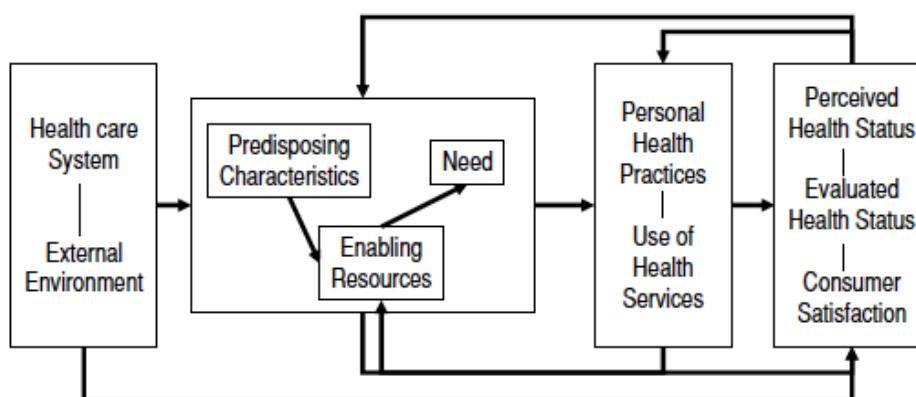


Figura 2 - Modelo de Acesso de Andersen

A questão biológica da necessidade foi também considerada como um importante componente da conceptualização. Todos os componentes deste modelo estão interligados de forma que possam alcançar o objetivo de utilização apropriada (Andersen, 1978; Levesque et al., 2013)

Abordando agora o “acesso como ajuste”, no estudo inicial de Penchansky (1977) este propôs uma abordagem alternativa para se compreender o acesso que se focava na interação de elementos-chave que determinavam a utilização dos serviços. Em 1981,

Penchansky & Thomas reviram a primeira abordagem do autor e definiram o conceito de acesso que representa o ajuste entre o cliente e o sistema. Os autores enumeram os seguintes determinantes do acesso, descritos depois na tabela que se segue: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, disponibilidade financeira e aceitação (Penchansky & Thomas, 1981).

Determinante	Definição
Disponibilidade	A relação entre o volume e o tipo de serviços existentes e o volume de clientes e as suas necessidades.
Acessibilidade	A relação entre a localização do fornecimento e a localização dos clientes, tendo em consideração as deslocações do utente (tempo, distância e custo)
Acomodação	A relação entre a maneira como os recursos estão organizados para receber clientes e a capacidade do cliente se acomodar a estes fatores e a sua perceção quanto à sua adequação.
Disponibilidade financeira	Relação entre os preços dos serviços e os fornecedores de seguro, a capacidade de pagamento e a existência de seguro de saúde.
Aceitação	A relação das atitudes dos clientes sobre características pessoais e das práticas dos prestadores quando comparadas com as efetivamente existentes e vice-versa.

Tabela 1 - Tabela resumo dos Determinantes ao Acesso (Penchansky & Thomas, 1981)

Já Frenk (1992) deu continuidade ao trabalho de Penchansky & Thomas, sugerindo que o ajuste é um processo de ajustamento entre a população e a prestação dos serviços. O autor define os termos mais importantes na compreensão da acessibilidade. Disponibilidade é referente à existência de recursos de saúde tendo em consideração a sua produtividade ou capacidade de produzir cuidados de saúde. Acessibilidade descreve a possibilidade de uma pessoa receber o cuidado que necessita e “*resistance*”, definido como o conjunto de obstáculos dos recursos de saúde que se colocam no caminho da procura e obtenção de saúde.

Mais recentemente, Levesque et al. (2013) sintetizaram no seu artigo a literatura sobre a temática do acesso aos sistemas de saúde, de forma que pudessem sugerir uma conceptualização que descrevesse dimensões e determinantes abrangentes, que integrassem os fatores da procura e da oferta. Desta revisão, os autores consideram 5 dimensões do acesso que conjugam tanto os determinantes do lado da procura como da oferta:

Proximidade, Aceitabilidade, Capacidade e Acomodação, Esforço Financeiro e Adequabilidade.

Proximidade está relacionada com o facto da pessoa que necessita de cuidados de saúde ser capaz de identificar que existem serviços que podem ser utilizados e podem ter impacto na sua saúde individual. Elementos como transparência, informação sobre os tratamentos e serviços ou atividades de divulgação, podem contribuir para que os serviços se tornem mais ou menos próximos ao seu utilizador. Este encontra-se diretamente ligado com a capacidade de perceção.

Aceitabilidade está relacionada com fatores sociais e culturais que determinam a possibilidade de a pessoa aceitar os aspetos dos serviços (idade dos prestadores, crenças associadas aos sistemas de saúde). Relacionado com a capacidade de procura, esta associa-se a conceitos de autonomia pessoal e capacidade de procurar cuidados, conhecimentos sobre os mesmos e os seus direitos pessoais.

Capacidade e Acomodação está relacionado com o facto de os serviços de saúde poderem ser alcançados tanto fisicamente como atempadamente. A capacidade constitui a existência física de recursos de saúde com capacidade suficiente para produzir serviços (características dos serviços, contextos urbanos e dos indivíduos). Também se associa as características dos prestadores (qualidade e qualificação profissional) e a procedimentos para a prestação de serviços. A capacidade de alcançar serviços está relacionada com a noção de mobilidade pessoal e disponibilidade de transporte, flexibilidade laboral e conhecimentos sobre os serviços de saúde.

Esforço Financeiro reflete-se na capacidade económica que a pessoa tem para gastar recursos e tempo para utilizar os serviços apropriados. A pobreza, isolamento social ou dívidas podem ser exemplos de fatores restritivos da capacidade que as pessoas terão para pagar pelo tratamento necessário. A capacidade de pagar descreve a capacidade de gerar recursos económicos para pagar os serviços de saúde.

Finalmente, Adequabilidade, indica o ajuste entre os serviços e as necessidades do cliente, a quantidade de tempo despendido na avaliação de problemas de saúde e a determinar o tratamento correto e a qualidade técnica e interpessoal dos prestadores dos serviços. Relaciona-se com a adequação (que serviços são prestados) e a qualidade (a forma como são prestados os serviços de saúde) e a sua natureza integrada e contínua. A capacidade de se envolver na saúde relaciona-se com a participação e envolvimento do cliente na tomada de decisões e nas decisões de tratamento, que por sua vez é fortemente determinada pela

capacidade e motivação para participar nos cuidados e comprometer-se com a sua realização. Não obstante, para que exista em pleno o acesso a cuidados de saúde de excelência, requer-se ainda que o indivíduo esteja completamente envolvido nos cuidados.

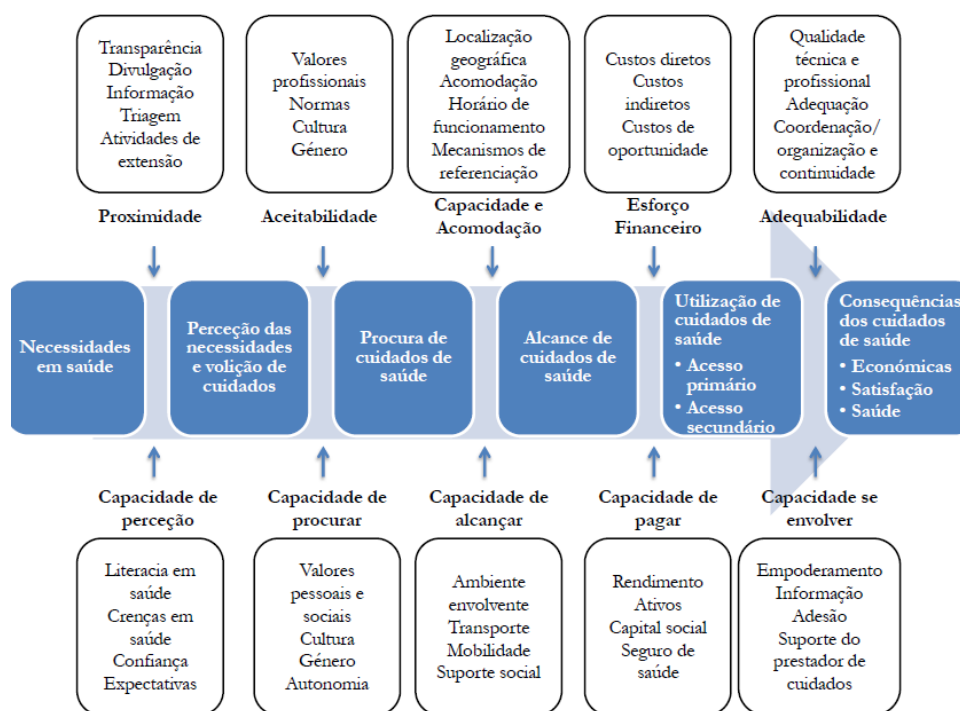


Figura 3 - Diagrama do Modelo de Levesque et al. (adaptação para português de Fonseca & Oliveira (2021))

Podemos ainda rever os determinantes de acesso a serviços de saúde estudados por Tzenios (2019). O autor assume o problema do acesso como sendo não só um problema a nível individual, mas também um problema a nível de sistema e internacional. A partir daí, Tzenios divide os determinantes em três grandes grupos – individuais, estruturais e sistémicos. Os primeiros, individuais, são as características que influenciam a capacidade individual de obter serviços de saúde, tal como rendimento, nível de educação e literacia em saúde. Os determinantes estruturais são variáveis que determinam a disponibilidade e distribuição dos serviços, bem como os seus acessos físicos. Finalmente, os determinantes sistémicos referem-se a fatores que afetam a conceção global e o financiamento do sistema de saúde de um país. O autor defende que compreender todos os fatores de acesso a cuidados de saúde é um ponto crucial para resolver as iniquidades e assegurar que todas as pessoas têm acesso a serviços de qualidade.

Após esta análise inicial, podemos prever que o modelo mais completo para realização da análise dos determinantes ao acesso será o de Levesque et al. (2013).

Efetivamente, na sua revisão, Cu et al. (2021) procuraram conhecer o acesso aos cuidados de saúde pela utilização do modelo conceptual de Levesque et al. por outros autores. Da avaliação dos 31 estudos selecionados, os autores consideraram que apesar de relativamente recente, o modelo tem ganho aceitação e reconhecimento entre os investigadores da área, uma vez que é um modelo que tem em conta tanto a perspetiva do sistema, como a perspetiva do indivíduo. Por esta razão, optou-se pela sua utilização como modelo principal deste trabalho.

Podemos ainda procurar correlacionar os aspetos anteriormente revistos com a área da MFR. No seu documento de 2008, a ERS avaliou o acesso a MFR especificamente nas vertentes espaciais – a acessibilidade e a disponibilidade. Concluiu que 85% dos utentes realiza deslocações inferiores a 30 minutos e que as zonas do interior e sul do país são aquelas onde a acessibilidade a serviços de MFR é menor (o tempo de viagem é superior a 20 minutos). Em questões de disponibilidade, procura explicar a diversidade de serviços por entre os quais o utente pode optar. Das conclusões do estudo destaca-se que a disponibilidade de serviços de MFR, relativamente à população residente, apresenta um grau de desigualdade regional superior ao da distribuição da generalidade dos cuidados de saúde, confirmando assim situações de escassez de oferta neste setor em algumas regiões (ERS, 2008).

Em 2022, a mesma entidade procurou atualizar alguns desses valores referentes ao acesso. Até outubro desse ano, haviam sido identificados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados da ERS 974 estabelecimentos com registo na área de MFR, sendo 94 de natureza pública e 880 não pública. 28,2% dos concelhos de Portugal não têm registo de qualquer estabelecimento (ERS, 2022).

Uma revisão sistemática de 2018 procurou encontrar evidências de que o acesso à reabilitação podia apresentar limitações para pessoas com incapacidade em países de baixo ou médio rendimento. Dos 77 estudos utilizados, 22 avaliaram as barreiras de acesso à reabilitação, que foram subdivididas em 5 grandes grupos: acessibilidade geográfica, capacidade financeira, aceitabilidade, disponibilidade e qualidade. Resumidamente, destes grupos foram identificadas as seguintes barreiras: a) Acessibilidade geográfica: distância ao serviço, problemas com transporte, ninguém para acompanhar; b) Capacidade Financeira: não ter capacidade de pagar os serviços, não ter capacidade de pagar os tratamentos, não ter seguro; c) Aceitabilidade: não saber onde ir para tratamento, não ter ouvido falar sobre o serviço, achar que nada podia ser feito sobre o seu problema, não compreender a necessidade

de tratamento, medo de procurar tratamento, não ter tempo/outras prioridades, outros problemas médicos, vergonha, falta de confiança nos prestadores de serviços a manter a confidencialidade; d) Disponibilidade: tempo de espera na clínica, indisponibilidade de medicação ou serviços; e) Qualidade: discriminação/tratamento fraco pelo prestador do serviço, má relação com o prestador, o prestador recusou tratamento, barreira de comunicação, falta de competências do prestador (Bright et al., 2018).

Assim, o acesso conforme Levesque et al. (2013) é tido, como já foi referido, como o modelo conceptual mais atualizado e utilizado nesta temática. A importância das dimensões estudadas funcionarem como um modelo completamente integrado de forma equilibrada é uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde que agem como meios facilitadores do acesso, ajudando-os a identificar e ultrapassar essas barreiras.

3. Metodologia

No capítulo que aqui se apresenta, tentou-se resumir o tipo de estudo realizado, o método de recolha de dados e os dados recolhidos que serão posteriormente analisados.

Sabendo que as questões traçadas inicialmente a que se procura responder se focam na identificação, conhecimento e compreensão dos determinantes no acesso à saúde na perspectiva dos profissionais da área da MFR, procurou-se focar este estudo nos profissionais de saúde de maior peso e relevância na intervenção nesta área, os TSDT.

A amostra para este estudo foi constituída por profissionais da categoria de TSDT, a exercer funções em serviços de MFR nos mais diversos âmbitos, sendo eles do setor público, social ou privado.

Para que fosse possível obter respostas para os objetivos traçados para este trabalho, optou-se pela construção de um estudo transversal, descritivo e exploratório.

Desenvolveu-se um questionário com três partes (Anexo 1), de forma a recolher o maior número de informações relevantes para que todas as questões de investigação fossem respondidas. Na primeira parte, procurou-se recolher o máximo de informações para se proceder a uma completa caracterização da amostra em estudo, através de questões como grau de formação, tempo de trabalho e experiência na área da MFR, número de horas de trabalho na instituição e tipo de instituição em que trabalha (pública, IPSS, gabinete privado, clínica convencionada privada ou RNCCI). Estes dados são pertinentes para que depois seja possível correlacionar as diferentes respostas ao questionário com os dados recolhidos.

A segunda parte do questionário encontrou-se organizada em duas questões *major*, que serão então as questões centrais deste trabalho. Para a sua construção, passou-se inicialmente pela fase de estudo do modelo em questão (Levesque et al., 2013) e de vários estudos já realizados na área da saúde. Este modelo é tido na comunidade científica como um modelo completo e que tem ganho terreno na pesquisa sobre acessos na saúde (Cu et al., 2021). Daí, extraiu-se os itens mais importantes a partir dos quais se construiu o questionário. Assim, questionou-se, por um lado, qual a relevância dos vários itens referenciados elencados a partir do modelo de (Levesque et al., 2013). Por outro lado, dentro do mesmo conjunto de itens supracitados, procurou-se entender se os profissionais consideram ser capazes de intervir como agentes facilitadores no acesso dos utentes à Medicina Física e Reabilitação. Estas questões são avaliadas individualmente através de uma escala de *Lickert*. Deixou-se ainda uma questão aberta em ambas as questões *major*, para que

o profissional pudesse deixar outros itens que achasse importantes e não estivessem enumerados nas tabelas anteriores.

A terceira e última parte do questionário focou-se no funcionamento do serviço onde o profissional se insere. Foi feito o levantamento das horas de funcionamento do serviço e se trabalha ao fim de semana. Novamente, através de uma tabela com escala de *Lickert*, tentou-se ainda entender se:

- Essas horas são suficientes para responder às necessidades dos utentes que procuram o serviço;
- O número de terapeutas nas três áreas terapêuticas do seu serviço é suficiente para dar resposta às necessidades do mesmo;
- Os utentes são devidamente informados sobre como funciona o sistema de referência ao serviço e todo o seu processo;
- Os utentes são devidamente informados sobre que tipo de cuidados especializados prestam no serviço;
- Os utentes são devidamente informados sobre quais as competências de cada área terapêutica de atuação;
- Os profissionais do serviço onde exerce funções são capazes de agir como agente promotor do acesso do utente aos serviços de MFR.

Finalmente, na última questão, inquiriu-se abertamente a opinião dos profissionais sobre qual a maior falha no âmbito do acesso no serviço onde desempenha funções.

O questionário foi submetido a uma fase de pré-teste, tendo sido enviado para 8 profissionais das diversas áreas que se procuram alcançar neste estudo. De uma forma geral, o questionário foi bem aceite por todos os profissionais e considerado de maior relevância para a área. Foram apenas enumeradas algumas falhas de formatação que foram corrigidas. O questionário foi enviado por correio eletrónico para as associações nacionais de relevância das várias áreas, que já haviam sido previamente contactadas na fase de aprovação deste projeto, entre outras instituições que pudessem ser um meio de disseminação deste questionário.

Relativamente à estatística utilizada, optou-se inicialmente por sumariar a estatística descritiva de análise da amostra numa tabela com a frequência absoluta (n) e relativa (%) (tabela 2). Para se realizar as devidas comparações às questões realizadas no questionário, foram analisadas as medidas de tendência central, sendo posteriormente revistas aquelas que

apresentavam as medidas acima de valores como a média ≥ 4 , mediana e moda=5 e percentagem acumulada de resposta dos itens 4 e 5 $\geq 85\%$,

Na análise inferencial, após se verificar a não normalidade da amostra, optou-se por utilizar diferentes testes estatísticos conforme a análise necessária. Para a comparação de 2 variáveis quantitativas entre 2 grupos independentes utilizou-se o teste não paramétrico de *Mann-Whitney-U*. Utilizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* para a comparação de variáveis quantitativas entre 3 ou mais grupos independentes e finalmente realizou-se o Coeficiente de correlação de *Spearman* para análise de associação entre duas variáveis quantitativas. Efetuaram-se os testes bilateralmente, considerando-se um nível de significância de 0,05. Estas análises estatísticas foram efetuadas com recurso ao software estatístico IBM® SPSS® *Statistics*, v. 28.

A partir das informações conseguidas a partir desta recolha, tentar-se-á no capítulo seguinte responder às questões inicialmente colocadas neste trabalho:

1. Quais são os determinantes no acesso à MFR?
2. Quais os determinantes no acesso aos serviços de MFR mais importantes na perspetiva dos profissionais de saúde da área?
3. Quais as barreiras ao acesso no domínio da MFR sobre as quais o profissional se sente mais capaz de atuar como mitigador?

4. Análise de Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através das respostas aos questionários para as questões primárias desta investigação. Inicia-se com uma análise descritiva que caracteriza a amostra, seguida de uma análise às respostas dos profissionais para que depois se possam criar as correlações necessárias para discutir as questões do acesso e finalmente, a caracterização das instituições para a posterior discussão dos resultados obtidos. Apresentam-se ainda as respostas à questão aberta que conclui este questionário, acerca das opiniões pessoais dos profissionais sobre o acesso no seu próprio serviço.

4.1. Caracterização da Amostra

Foram recolhidas 117 respostas de profissionais TSDT, nomeadamente Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala, que exercem funções na área de MFR através do formulário disponibilizado pela plataforma *Google Forms*. Estes dados estão explanados a seguir e sumarizados na tabela 2.

Variável	N	%	IPSS*	N	%
Idade			Hospital privado	2	1,7%
Menos de 35	68	58,1%	Tempo de experiência		
35 a 44	27	23,1%	0 e 10 anos	70	59,8%
45 a 54	10	8,5%	11 a 21 anos	22	18,8%
55 a 54	11	9,4%	22 e 33 anos	17	14,5%
65 ou mais	1	0,9%	Mais de 34 anos	8	6,8%
Sexo			Tempo de trabalho na instituição		
Feminino	99	84,6%	Menos de 5 anos	61	52,1%
Masculino	18	15,4%	6 e 10 anos	21	17,9%
Categoria profissional			11 e 15 anos	11	9,4%
Terapia ocupacional	62	53%	Mais de 16 anos	24	20,5%
Terapia da fala	17	14,5%	Número de horas de trabalho		
Fisioterapia	38	32,5%	Até 20 horas	10	8,5%
Escolaridade			21 a 35 horas	66	56,4%
Licenciatura	56	47,9%	Mais de 36 horas	41	35%
Mestrado	31	26,55%	Zona da instituição		
Doutoramento	2	1,7%	Norte	72	61,5%
Pós-graduação	28	23,9%	Centro	17	14,5%
Instituição			Lisboa e vale do tejo	15	12,8%
Público	53	45,3%	Alentejo	2	1,7%
Clínica convencionada privada	38	32,5%	Algarve	10	8,5%
Gabinetes privados	9	7,7%	Região autónoma da madeira	1	0,9%
RNCCI	9	7,7%			

*Encontra-se incluída uma ONG nas IPSS

Tabela 2 – Caracterização da amostra (n=117)

Assim, no que concerne à idade, a amostra apresenta uma média de 36,50 anos ($dp=10,37$), com a idade mínima de resposta de 22 anos, e a idade máxima de 66. Dos inquiridos, 58,1% encontram-se entre os que têm menos de 35 anos, 23,1% entre 35 a 44 e 0,9% mais de 65 anos. Um relatório do PlanApp – Centro de competências de Planeamento de políticas e de Prospetiva da Administração Pública sobre os profissionais de Saúde do SNS de 2024 coloca 35,3% dos TSDT do SNS entre os 35 e os 44 anos, e apenas 2% com mais de 65 anos. Refere, no entanto, que o grupo etário com menos de 35 está a diminuir desde 2017 (período em análise nesse relatório) (Ferreira et al., 2024).

Quanto ao sexo dos inquiridos, percebemos pela tabela 2 que 15% dos inquiridos são do sexo masculino ($n=18$), enquanto 85% são do sexo feminino ($n=99$), facto que vai de encontro ao reportado pelo Ministério da Saúde (2018), que sugere que os TSDT são um grupo maioritariamente composto por trabalhadores do sexo feminino. O mesmo relatório do PlanApp sugere que no SNS, 80,7% dos trabalhadores TSDT são mulheres (Ferreira et al., 2024). Dados fornecidos informalmente pela APTO e dados da plataforma da Ordem dos Fisioterapeutas onde se apresentam relatórios demográficos das suas populações corroboram esta estrutura. A APTO indica que, numa pesquisa com 966 participantes, 92,8% são do sexo feminino e 7,1% do sexo masculino e a Ordem dos Fisioterapeutas indica que 72,8% são do sexo Feminino e 27,2% do sexo masculino. Neste âmbito não se conseguiram obter dados da categoria de Terapia da Fala.

No que toca à Categoria Profissional obtivemos mais respostas da categoria Terapia Ocupacional, com 53% de repostas, seguida de Fisioterapia com 32% e finalmente Terapia da Fala com 15%. Apesar de o nosso estudo ser mais abrangente em termos de contextos profissionais além do SNS, sabemos que, de acordo com o relatório social do Ministério da Saúde em 2018 existiam 990 Fisioterapeutas, 175 Terapeutas da Fala e 252 Terapeutas Ocupacionais. Já de acordo com a Ordem dos Fisioterapeutas, atualmente existem 12129 inscritos (115.83/100 mil habitante)(Ordem dos Fisioterapeutas, 2024). De acordo com dados fornecidos de forma informal pela APTO e pela APTF, esta indica que atualmente existirão 1836 Terapeutas Ocupacionais e 3630 Terapeutas da Fala inscritos na ACSS.

Sobre a escolaridade dos participantes, podemos observar que 48% dos mesmos são licenciados, 26% possuem mestrado, 2% Doutoramento e 24% são pós-graduados. Dados recolhidos pelas associações e ordens de cada uma das profissões em estudo, revelam que a maioria dos profissionais são apenas licenciados (89,4% no caso dos fisioterapeutas, 46,1%

no caso dos Terapeutas Ocupacionais). Comparativamente, a nossa amostra demonstra um nível de escolaridade mais elevado do que a generalidade dos profissionais.

Quanto ao tempo de experiência na área, 59,8% dos profissionais têm entre 0 e 10 anos de experiência e 6,8% apresentam mais de 34 anos na área. Já quanto ao tempo de trabalho na instituição, 52,1% dos profissionais inquiridos trabalhavam há menos de 5 anos na instituição enquanto 20,5% trabalhavam há mais de 16 anos.

Mais ainda, analisamos o número de horas diário de trabalho de cada profissional na sua instituição, concluindo que 8,5% trabalha até 20 horas semanais, 56,4% entre 21 e 35 horas semanais e 35% trabalha mais de 36 horas semanais.

Da amostra recolhida, a grande maioria das participações foi de profissionais que exercem funções em instituições de domínio e vínculo público, sendo que estas representam 45,3% da amostra. De seguida, temos os profissionais das Clínicas Convencionadas Privadas (32,5%), Gabinetes privados e RNCCI com $n=9$ cada (correspondente a 7,7% cada), IPSS com 5,1% e finalmente os Hospitais privados com 1,7%. Sabe-se que em Portugal Continental, no ano de 2022, foram identificados 974 estabelecimentos com valência de MFR. Destes, 94 são de natureza jurídica pública (9,7%) e 880 não públicos (90,3%) (ERS, 2022). Assim, compreendemos que a nossa amostra sobrerrepresenta o setor público, uma vez que aqui, o setor público, reflete quase metade da população em estudo.

Das instituições anteriormente enumeradas pelos participantes, existe uma distribuição assimétrica por regiões, que se encontram ilustradas no gráfico 1, sendo a zona Norte a região com respostas mais frequentes (61,5%). De acordo com dados da ERS de 2022, o Norte é efetivamente a zona com maior número de registo de estabelecimentos com valência de MFR (38,9%, $n=379$). Também conforme o mesmo documento da ERS, o Centro é a segunda zona com mais estabelecimentos (16,4%, $n=160$), e foi também a segunda zona de onde se obteve mais respostas. À data dessa mesma publicação, constatou-se que existem 78 concelhos do país sem cobertura de estabelecimentos com MFR, sendo a zona que não apresenta qualquer serviço o Alentejo, que na nossa pesquisa apenas representa 1,7% dos inquiridos (ERS, 2022).

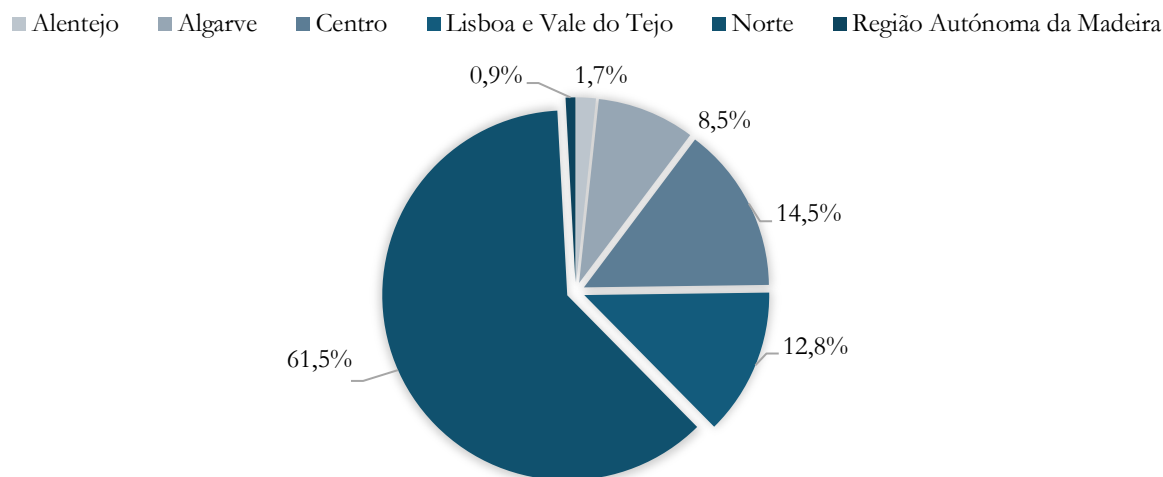


Gráfico 1 - Distribuição da amostra pela variável "Zona da Instituição"

4.2. Determinantes do acesso

Iniciamos agora a análise dos dados da segunda parte do questionário sobre acessibilidade, que procura reunir as opiniões dos profissionais de saúde sobre os fatores mais importantes no acesso aos serviços, bem como recolher a sua perspetiva quanto à sua capacidade de atuação sobre esses determinantes. Utilizou-se uma escala de *Lickert* de 1 a 5 com as seguintes categorias: “Discordo Totalmente”, “Discordo Parcialmente”, “Não concordo nem discordo”, “Concordo Parcialmente” e “Concordo Totalmente

4.2.1 Fatores mais importantes no acesso aos serviços de MFR

Para esta análise foram considerados 22 itens em específico subdivididos dentro das categorias dos determinantes anteriormente estudados na nossa revisão: “Proximidade e Capacidade de Percepção”, “Aceitabilidade e Capacidade de Procurar”, “Capacidade e Acomodação e Capacidade de Alcançar”, “Esforço Financeiro e Capacidade de Pagar” e finalmente “Adequabilidade e Capacidade de se Envolver” (Anexo 1). Para se poder realizar a devida comparação, estabeleceu-se que para extrair os dados mais relevantes, se iria comparar medidas de tendência central, sendo posteriormente revistas aquelas que apresentavam as medidas acima de valores como média ≥ 4 , mediana e moda=5 e percentagem acumulada de resposta dos itens 4 e 5 $\geq 85\%$.

Inicialmente tentou-se compreender quais os itens mais vezes considerados como importantes do qual resultou a tabela 3 (ordenado do mais importante ao menos importante):

	Questões	$\bar{x}$	Me	Mo	DP	Pa 85% (4,5)
T1_Q19	A qualidade dos serviços prestados na organização	4,69	5	5	0,549	97,40%
T1_Q14	Existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços/tratamentos de MFR	4,64	5	5	0,636	96,60%
T1_Q20	A disponibilidade de serviços especializados adequados às necessidades dos utentes	4,7	5	5	0,633	96,60%
T1_Q12	O serviço tem acessos físicos ao serviço adequados a pessoas com dificuldades (elevadores, rampas, portas automáticas)	4,79	5	5	0,609	95,70%
T1_Q6	Contratação de profissionais para o serviço de MFR devidamente qualificados para o exercício de funções especializadas	4,7	5	5	0,71	94,90%
T1_Q11	Disponibilidade para marcação de consultas/tratamentos especializados em tempo útil (p. ex. 30 dias após alta hospitalar)	4,69	5	5	0,649	94,90%
T1_Q13	Existem transportes disponíveis para aceder ao serviço (público, privado, bombeiros)	4,65	5	5	0,699	94,90%
T1_Q10	A localização geográfica dá resposta às necessidades da população abrangida pelo serviço de MFR	4,55	5	5	0,749	93,20%
T1_Q21	Qualificação especializada dos profissionais	4,68	5	5	0,693	93,20%
T1_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	4,55	5	5	0,689	92,30%
T1_Q7	As instalações do serviço de MFR apresentam as dimensões necessárias para o devido funcionamento do serviço	4,51	5	5	0,877	91,50%
T1_Q3	Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	4,27	4	5	0,897	89,70%
T1_Q5	Existência de um número suficiente de profissionais no serviço que atendam às necessidades da população	4,5	5	5	0,988	89,70%
T1_Q8	O serviço acompanha as inovações tecnológicas da área de MFR (p.ex. aparelhos mais recentes, evidência científica mais atualizada)	4,4	5	5	0,901	89,70%
T1_Q2	Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	4,23	4	5	0,875	86,30%
T1_Q9	O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se às necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	4,3	5	5	1,044	85,50%
T1_Q18	A existência de seguros, convenções ou acordos	4,32	5	5	0,897	82,90%
T1_Q1	Literacia em saúde dos doentes	4,17	4	5	1,028	82,10%
T1_Q16	Os valores dos serviços praticados (quando aplicável)	4,26	5	5	0,941	80,30%
T1_Q4	Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço	4,01	4	5	1,133	75,20%
T1_Q15	A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho	3,75	4	5	1,286	65,00%
T1_Q17	Formas de pagamento disponíveis (multibanco, <i>mbway</i> , dinheiro)	3,74	4	3	1,133	52,90%

Tabela 3 - Itens mais importantes no acesso aos serviços de MFR, segundo a opinião dos profissionais de saúde

Dos resultados obtidos apresentados na Tabela 3 concluímos que os itens tidos como mais importantes pelos profissionais para assegurar o acesso dos utentes aos serviços de

MFR são maioritariamente inseridos nos determinantes da “Adequabilidade e Capacidade de se Envolver” e da “Capacidade e Acomodação e Capacidade de Alcançar”. Itens como “A qualidade dos serviços prestados na organização” (T1_Q19), “A disponibilidade de serviços especializados adequados às necessidades dos utentes” (T1_Q20), no caso do primeiro determinante supracitado ou “Existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços/tratamentos de MFR” (T1_Q14) e “O serviço tem acessos físicos ao serviço adequados a pessoas com dificuldades (elevadores, rampas, portas automáticas)” (T1_Q12) no caso do segundo, foram aqueles a que os inquiridos responderam mais vezes “concordo totalmente”. Estes determinantes, como definidos por Levesque et al. (2013), representam a medida em que o prestador detém as características necessárias para corresponder às necessidades do utente, entre elas as que poderão ser uma particularidade do profissional como a melhoria contínua e a qualidade do serviço prestado e se este é adequado e detém a qualidade necessária para a prestação de serviços.

Aqueles que apresentaram um valor menor nas medidas consideradas são: “A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos” (T1_Q15) e “formas de pagamento disponíveis (multibanco, *mbway*, dinheiro)” (T1_Q17).

Imediatamente a seguir a cada tabela de questões, era ainda pedido aos profissionais que explanassem outras situações excluídas da listagem anterior que considerassem pertinentes ao acesso e qual a pontuação que dariam nesse caso. Foram seis os profissionais que nesta primeira fase acrescentaram algumas ideias, estando estas resumidas numa tabela que se encontra no Anexo 2.

Após esta primeira análise comparativa, procurou compreender-se se as respostas a estes itens seriam de alguma forma influenciados por fatores como idade, sexo ou tipo de instituição onde o profissional prestava serviços.

Para a variável sexo utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* (Anexo 3) e apenas em três questões existiram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos dos respondentes (conforme valores na tabela 4 completa no anexo 3): “Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR” (T1_Q2), “Existem transportes disponíveis para aceder ao serviço (público, privado, bombeiros)” (T1_Q13) e “Os valores dos serviços praticados (quando aplicável)” (T1_Q16). Nestas questões os respondentes do sexo feminino indicaram valores mais elevados, significando que os indivíduos do sexo

feminino consideram os itens supracitados mais importantes no acesso do que os indivíduos do sexo masculino.

	T1_Q2	T1_Q13	T1_Q16
U de Mann-Whitney	574,000	597,00	628,000
Z	-2,615	-2,884	-2,179
Significância Sig. (2 extremidades)	,009	,004	,029

Tabela 4 - Tabela análise comparativa da variável “sexo” com os fatores importantes para o acesso

Seguidamente, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para compreender se a distribuição da importância atribuída aos diferentes itens era ou não igual consoante as diferentes categorias profissionais (Anexo 4), níveis de escolaridade (Anexo 5), tipos de instituição (Anexo 6) e zonas da instituição (Anexo 7). Novamente, em todas as categorias analisadas, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas por indivíduos com diferentes categorias profissionais, diferentes níveis de escolaridade ou a trabalhar em instituições de diferentes tipos ou localizadas em diferentes zonas. As questões para as quais se encontraram diferenças estatisticamente significativas estão resumidas na tabela seguinte.

Categoria		Questão	Kruskal-Wallis-H	DP	Sig
Categoria Profissional	T1_Q2	Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	8,802	2	,012
	T1_Q3	Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	7,399	2	,025
Tipo de Instituição	T1_Q9	O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se as necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	12,845	5	,025
	T1_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	11,751	5	,038
Zona da Instituição	T1_Q13	Existem transportes disponíveis para aceder ao serviço (público, privado, bombeiros)	12,516	5	,028
	T1_Q18	A existência de Seguros, convenções ou acordos	11,336	5	,045
	T1_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	11,284	5	,046

Tabela 5 – Questões onde existem diferenças estatisticamente significativas entre os itens que, segundo os profissionais de saúde, mais influenciam o acesso e as diferentes categorias profissionais ou tipos de instituição onde trabalham ou zonas/regiões da instituição onde trabalham

Sobre as questões citadas na tabela anterior, aferimos que nas questões de capacidade de identificar que sofre de uma patologia da área de MFR e de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR, a Terapia Ocupacional e a Terapia da Fala foram as categorias profissionais com maior mediana de respostas em ambas, dando assim uma maior importância a estes itens para o acesso aos serviços. Este facto poderá ser explicado pela

vertente educativa para com o utente característica destas profissões, nomeadamente de ensino de estratégias terapêuticas ou psicoeducação para ganho de *insight* terapêutico.

Em questões sobre “o horário de funcionamento corresponder e ajustar-se às necessidades” (T1_Q9) e sobre o “envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação” (T1_Q22), os inquiridos que prestam serviços no Hospital privado (T1_Q9 e T1_Q22) e Gabinete privado (T1_Q22), atribuem-lhes uma maior importância, talvez pelas particularidades dos serviços privados, que poderão ser das instituições com maior horário de funcionamento e maior capacidade de integração do doente no processo terapêutico.

Finalmente, os itens sobre “os transportes disponíveis para aceder ao serviço” (T1_Q13), “a existência de seguros, convenções ou acordos” e novamente “envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação” (T1_Q22), têm uma maior importância atribuída por profissionais das zonas do Alentejo (T1_Q13 e T1_Q22) e da zona Norte (T1_Q13 e T1_Q18), a primeira justificada talvez pela escassez ou dificuldade de acesso a transportes nas localidades em questão, dificultando assim o envolvimento do utente no processo terapêutico, e sendo então estes os itens que os profissionais mais consideram importantes para o acesso dos utentes. Aqui, sabendo da dificuldade já relatada pela ERS da falta de cobertura dos serviços na zona do Alentejo, podemos assumir que escassez de transportes se torne uma dificuldade. Já sobre a zona Norte, sendo esta uma zona com maior cobertura de cuidados públicos e privados (convencionados ou não), será uma zona onde os profissionais não tenham tanto em consideração a existência ou necessidade de seguros e acordos que possam dificultar de alguma forma o acesso. Por fim, observou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais com diferentes níveis de escolaridade.

Para terminar a análise inferencial da primeira questão da parte 2 do questionário, utilizou-se o Coeficiente de correlação de *Spearman* (Anexo 8) para se compreender a força e direção da correlação entre as questões a idade, tempo de experiência em MFR (em anos), tempo de trabalho na entidade atual (em anos) e número de horas de trabalho médio semanal na instituição. A única correlação que se revela significativa a um nível de significância de 0,05 é a da idade com a questão “Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR” (T1_Q2) ($r_s=0,183$, $p=0,48$), significando que quanto

mais velho o profissional, mais ele considera que a “capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida na área de MFR” é importante no acesso aos serviços.

4.2.2 Capacidade dos profissionais intervirem no acesso aos serviços de MFR

A capacidade de intervenção sobre o acesso por parte dos profissionais de saúde foi avaliada através de 19 itens em comum com a questão anterior (Anexo 1) tendo sido usadas as mesmas medidas de tendência central apresentadas na tabela seguinte:

Questões		$\bar{x}$	Me	Mo	DP	Pa 85% (4,5)
T2_Q1	Literacia em saúde dos doentes	4,5	5	5	0,638	95,7%
T2_Q3	Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	4,39	5	5	0,83	94,9%
T2_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	4,59	5	5	0,745	94,9%
T2_Q2	Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	4,42	5	5	0,779	92,3%
T2_Q19	A qualidade dos serviços prestados na organização	4,46	5	5	0,737	89,7%
T2_Q21	Qualificação especializada dos profissionais	4,46	5	5	0,866	89,7%
T2_Q4	Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço	4,35	5	5	0,854	86,3%
T2_Q20	A disponibilidade de serviços especializados adequados às necessidades dos utentes	4,22	5	5	1,06	84,6%
T2_Q9	O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se às necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	3,56	4	4	1,255	57,3%
T2_Q12	O serviço tem acessos físicos ao serviço adequados a pessoas com dificuldades (elevadores, rampas, portas automáticas)	3,51	4	5	1,4	56,4%
T2_Q8	O serviço acompanha as inovações tecnológicas da área de MFR (p.ex. aparelhos mais recentes, evidência científica mais atualizada)	3,57	4	5	1,248	55,6%
T2_Q11	Disponibilidade para marcação de consultas/tratamentos especializados em tempo útil (pe 30 dias após alta hospitalar)	3,46	4	5	1,317	51,3%
T2_Q14	Existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços/tratamentos de MFR	3,21	3	5	1,425	47%
T2_Q7	As instalações do serviço de MFR apresentam as dimensões necessárias para o devido funcionamento do serviço	3,27	3	5	1,4	46,2%
T2_Q10	A localização geográfica dá resposta às necessidades da população abrangida pelo serviço de MFR	3,09	3	3	1,462	41,9%
T2_Q16	Os valores dos serviços praticados (quando aplicável)	3,05	3	3	1,449	39,3%
T2_Q13	Existem transportes disponíveis para aceder ao serviço (público, privado, bombeiros)	2,95	3	3	1,449	36,7%
T2_Q15	A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho	2,92	3	3	1,353	36,7%
T2_Q17	Formas de pagamento disponíveis (multibanco, <i>mbway</i> , dinheiro)	2,97	3	3	1,45	35,1%

Tabela 6 – Fatores em que os profissionais consideram ter maior influência no acesso aos serviços de MFR

Observamos agora os resultados desta segunda questão sobre a capacidade de atuação na promoção do acesso com a mesma linha de raciocínio utilizada no ponto anterior. Percebemos que se inserem, primeiramente, no determinante da “Proximidade e capacidade de percepção” com os itens “Literacia em saúde dos doentes” (T2_Q1), “Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR” (T2_Q3) ou “Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR” (T2_Q2) e têm em comum com a questão anterior itens do determinante da “Adequabilidade e capacidade de se envolver”, com itens como “Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação” (T2_Q22), “A qualidade dos serviços prestados na organização” (T2_Q19) ou “Qualificação especializada dos profissionais” (T2_Q21). O primeiro determinante referido é aquele que, segundo Levesque et al. (2013), se relaciona com a capacidade de o utente identificar a necessidade de procurar terapias. De acordo com o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2023-2030, em Portugal, 65% dos participantes da avaliação realizada demonstraram um nível de Literacia em Saúde suficiente e exibem uma maior facilidade no âmbito da promoção da saúde (Arriaga et al., 2023). No segundo determinante, “Adequabilidade e capacidade de se envolver”, o item do “envolvimento do utente” (T2_Q22) é tido como parte indispensável do processo terapêutico em qualquer área da saúde. Coulter & Ellins (2007) concluem na sua revisão sistemática que o tratamento é bastante mais efetivo quando o paciente se envolve nas decisões tomadas para a sua recuperação e que esta dimensão da saúde está interligada com a literacia do utente. Já em itens referentes à qualidade profissional, normalmente é o próprio colaborador que investe nessa qualificação, fazendo com que este seja então um fator de atuação direta por parte do terapeuta.

Mais uma vez, como no ponto anterior, atentamos que os profissionais consideram ter menor influência sobre os itens “A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho” (T2_Q15) e ainda “Formas de pagamento disponíveis (multibanco, *mbway*, dinheiro)” (T1_Q17). Relembre-se que 45,3% dos inquiridos pertencem ao serviço público e 32,5% a Clínicas convencionadas privadas, onde não existe lugar a pagamento de taxas moderadoras para a realização de MCDT, nomeadamente os atos exigidos à realização de consulta ou tratamento de MFR. Contudo, segundo a ERS, verifica-se desde 2012 um aumento de estabelecimentos prestadores de cuidados de MFR. No

entanto, este não tem acompanhado o crescimento do setor convencionado, percebendo-se assim, o crescimento das instituições do setor privado sem convenção (ERS, 2022).

Repetimos novamente os mesmos testes de inferência estatística realizados para o primeiro grupo de questões.

Inicialmente, com o teste de *Mann-Whitney* tentou-se novamente compreender se haveria padrões de resposta específicos entre os gêneros, no entanto as respostas dadas não foram estatisticamente diferentes consoante o sexo dos inquiridos (Anexo 9).

Já o teste para amostras independentes *Kruskal-Wallis*, utilizado para compreender se a distribuição dos itens é ou não igual atendendo à categoria profissional (Anexo 10), escolaridade (Anexo 11), tipos de instituição (Anexo 12) e zonas da instituição (Anexo 13) revelou alguns itens de relevância para a nossa análise, sintetizados na tabela 7.

Categoria	Questão	Kruskal-Wallis-H	DP	Sig
Categoria Profissional	T2_Q7 As instalações do serviço de MFR apresentam as dimensões necessárias para o devido funcionamento do serviço	7,773	2	,021
	T2_Q8 O serviço acompanha as inovações tecnológicas da área de MFR (p.ex. aparelhos mais recentes, evidência científica mais atualizada)	7,321	2	,026
	T2_Q9 O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se as necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	9,401	2	,009
	T2_Q11 “Disponibilidade para marcação de consultas/tratamentos especializados em tempo útil (pe 30 dias após alta hospitalar)	15,327	2	<0,001
	T2_Q14 “Existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços/tratamentos de MFR	8,731	2	,013
	T2_Q16 Os valores dos serviços praticados (quando aplicável)	10,997	2	,004
	T2_Q19 A qualidade dos serviços prestados na organização	6,892	2	,032
	T2_Q20 A disponibilidade de serviços especializados adequados às necessidades dos utentes	6,108	2	,047
Escolaridade	T2_Q4 Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço	8,411	3	,038
	T2_Q19 A qualidade dos serviços prestados na organização	8,004	3	,046
Tipo de instituição	T2_Q2 Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	13,625	5	,018
	T2_Q3 Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	12,409	5	,030

Tabela 7 – Questões onde existem diferenças estatisticamente significativas entre os itens que, segundo os profissionais de saúde, mais conseguem ter influência e as diferentes categorias profissionais, o seu nível de escolaridade ou com que trabalham em instituições de diferentes tipos

Analisando as oito questões em que há diferenças estaticamente significativas nas respostas, conforme a categoria profissional, percebemos que as maiores medianas variam

entre as categorias de Fisioterapia e Terapia da Fala, sendo a Terapia Ocupacional aquela com valores mais baixos. Podemos aferir assim, que os Terapeutas Ocupacionais considerarão ter menos influencia nos itens mencionados, que vão desde itens relativos às dimensões dos serviços, à sua atualização tecnológica, horários e disponibilidades dos serviços, talvez pela grande variabilidade de áreas de intervenção deste profissional, cada uma com as suas particularidades no acesso. Já o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional (EPTO) identifica os pilares profissão como algo mais dirigido à pessoa e à ocupação e não tanto aos serviços (Gomes et al., 2021).

Nas questões “Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço” (T2_Q4) e “A qualidade dos serviços prestados na organização” (T2_Q19) há diferenças estatisticamente significativas no nível em que os profissionais se sentem capazes de atuar sobre os mesmos em função do seu nível de educação. Podemos aferir que no primeiro os profissionais que detêm apenas a licenciatura sentem ser capazes de ter maior capacidade de atuação, sendo assim capazes de se mostrar mais tolerantes quanto a diferenças culturais dos seus utentes. Dados do Inquérito Social Europeu revelam que os licenciados são mais tolerantes para aceitar crenças e costumes e têm um nível de participação cívica mais elevado (ESS-ERIC & ICS-ULisboa, 2022). Já no item da qualidade dos serviços prestados, os colegas com Mestrado consideram-se mais capazes de influenciar, atendendo que estes serão detentores de maior grau académico, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos serviços.

Nos itens sobre a “capacidade de perceber que sofre de patologia da área de MFR” (T2_Q2) e sobre “capacidade do utente saber que necessita de procurar os serviços de MFR” (T2_Q3), os profissionais que consideram ter maior capacidade de intervenção em ambas as questões são os que exercem funções no Hospital Privado. Isto poderá significar que devido ao contexto onde se insere o serviço, os profissionais possam ser parte influente na capacidade do utente reconhecer a patologia e recorrer aos serviços por essa razão. Sendo este um serviço onde os utentes recorrem sem referenciação, poderá ser indicativo que os utentes que procuram os serviços autonomamente serão mais conhecedores das suas necessidades.

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas por profissionais de diferentes regiões/zonas.

Finalizando a análise inferencial da segunda questão *major*, utilizou-se novamente o Coeficiente de correlação de *Spearman* (Anexo 14) para se compreender a força e direção da correlação entre as questões e a idade, tempo de experiência em MFR (em anos), tempo de trabalho na entidade atual (em anos) e número de horas de trabalho médio semanal na instituição a um nível de significância de 0,05. Percebemos que os profissionais mais velhos consideram ser menos capazes de intervir no item T2_Q2 “Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR” ($r_s = -0,194$, $p = 0,036$). Outra correlação que se demonstra significativa é na questão T2_Q21 “Qualificação especializada dos profissionais” com as variáveis “idade” ($r_s = -0,0224$, $p = 0,015$), “Tempo de experiência em MFR” ($r_s = -0,199$, $p = 0,032$) e “Tempo de trabalho na entidade atual” ($r_s = -0,188$, $p = 0,043$). Compreendemos assim que os profissionais mais velhos, com mais tempo de experiência na área e na entidade em que trabalham, tendem a considerar ser menos capazes de intervir no item da “qualificação especializada dos profissionais”.

4.2.3 A Importância dos determinantes e a Capacidade de intervenção do profissional no acesso

Passada a primeira análise isolada das questões que compõe o nosso questionário, resolvemos tentar compreender se estas teriam alguns itens que são simultaneamente considerados como itens importantes para o acesso e itens onde os profissionais consideram ter mais influência sobre o acesso para procurar determinar quais os itens que deviam ser objeto de uma maior intervenção no imediato.

Na generalidade dos determinantes, tendo em consideração as tabelas ilustradas anteriormente, a “adequabilidade e capacidade de se envolver” detêm itens que obtêm uma maior pontuação em ambas as questões, e consequentemente revelam que, para os inquiridos, são itens importantes para o acesso aos serviços e sobre os quais podem ter maior capacidade de intervir diretamente.

Analisando, por outro lado, as questões com menor pontuação, que apresentam em ambas as situações os scores mais baixos, são: “A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho” (T1/T2_Q15) e “Formas de pagamento disponíveis (multibanco, *mbway*, dinheiro)” (T1/T2_Q17)

Tentou-se ainda compreender as medidas de associação entre as categorias e a capacidade do profissional de intervenção no acesso através do coeficiente de correlação de *Spearman* (Anexo 15), de modo a podermos encontrar alguma correlação positiva entre estes.

Daqui pudemos verificar os resultados positivos com significância estatística que se encontram resumidos na tabela 8, compreendendo que os profissionais que atribuem maior importância aos itens referentes ao acesso, tendem a considerar ter maior influência sobre os mesmos parte dos profissionais.

		Itens de Acessibilidade	rs	p
T1_Q2	T2_Q2	Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	,352**	<,001
T1_Q3	T2_Q3	Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	,221*	0,017
T1_Q4	T2_Q4	Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço	,324**	<,001
T1_Q8	T2_Q8	O serviço acompanha as inovações tecnológicas da área de MFR (p.ex. aparelhos mais recentes, evidência científica mais atualizada)	,309**	<,001
T1_Q9	T2_Q9	O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se as necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	,292**	0,001
T1_Q15	T2_Q15	A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho	,215*	0,02
T1_Q22	T2_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	,312**	<,001

Tabela 8 – Fatores com correlação positiva quanto à sua influência no acesso e capacidade de intervenção

4.2.4. Caracterização do serviço

Finalizada a análise das duas primeiras partes do questionário, passamos agora para a parte 3 do questionário sobre a caracterização do serviço onde os inquiridos atuam. Procurou-se recolher informações quer no que concerne ao funcionamento das instituições, quer no que toca aos meios facilitadores de acesso. A sua análise descritiva mais aprofundada encontra-se no Anexo 16.

Inicialmente recolheu-se o número de horas de funcionamento do serviço, e das 117 respostas obtidas, 43% dos indivíduos referiram que os seus serviços se encontram em funcionamento durante 12 horas diárias enquanto 39% funcionam durante 8 horas diárias (Gráfico 2). Já no que concerne a trabalho de fim de semana, mais de metade (74%) respondeu que não trabalha nesses dias (Gráfico 3).

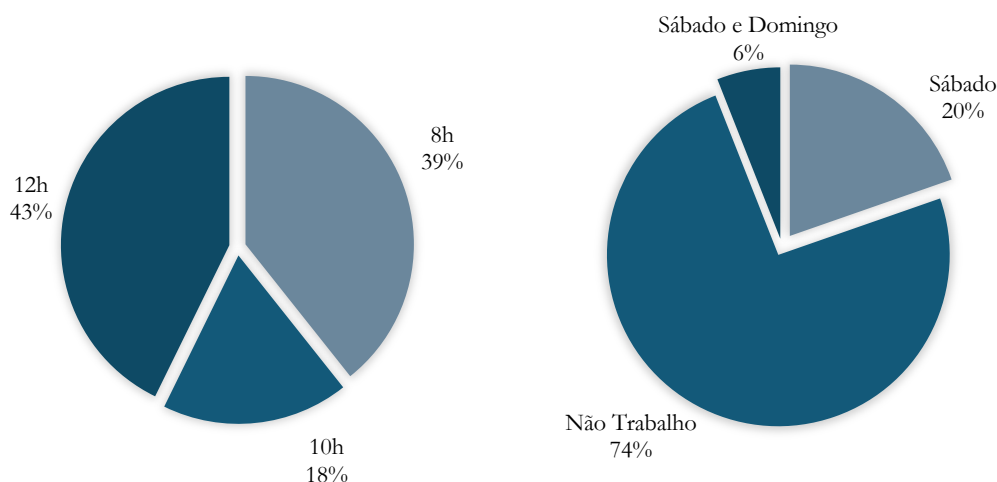


Gráfico 3 - Número de horas de funcionamento do serviço

Gráfico 2 - Trabalho ao fim de semana

No seguimento das questões anteriores, questionou-se sobre se as horas de funcionamento do serviço são suficientes para responder às necessidades dos utentes que procuram o serviço. 60,7% dos inquiridos concorda total ou parcialmente que essas horas sejam suficientes para atender as necessidades do serviço (Gráfico 4). Com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis* (Anexo 17) para analisar em termos médios se o número de horas do serviço (P3_Q1) é suficiente para os diferentes tipos de instituição, pode-se compreender que há diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos profissionais dos “hospitais privados” em relação aos profissionais das restantes instituições. Enquanto os profissionais dos hospitais privados consideram que as horas de trabalho do serviço são suficientes para responder as necessidades da população, os restantes não.

Procurou-se perceber se os profissionais consideravam que o número de terapeutas nas três áreas terapêuticas do seu serviço era suficiente para dar resposta às necessidades do mesmo (P3_Q2), sendo que 45% discorda totalmente, e considera o número de terapeutas insuficiente, enquanto 14,4% concorda parcialmente e apenas 7,7% concorda que o número de terapeutas nos seus serviços seja suficiente (Gráfico 4). Através do teste de *Kruskal-Wallis* verificou-se que o grupo dos profissionais de instituições públicas atribuiu uma menor pontuação (Discordo Totalmente) que o dos restantes grupos (Anexo 18). Desta forma, podemos admitir que os profissionais de saúde que exercem funções em serviços públicos consideram que o número de terapeutas é insuficiente.

Utilizou-se o coeficiente de *Spearman* (Anexo 18) para perceber a relação entre as suas opiniões sobre o número de horas do serviço ser suficiente e sobre o número de terapeutas ser ou não suficiente para responder as necessidades do serviço com o tempo de experiência na área de MFR. Apenas se encontrou uma correlação negativa significativa, ($r_s = -0,217$, $p = 0,019$). Os profissionais com menos tempo de serviço são os que mais consideram que o número de profissionais na sua instituição é insuficiente para responder às necessidades do seu serviço.

Posteriormente tentou perceber-se se os profissionais consideravam que os utentes estariam devidamente informados sobre três aspetos distintos (Gráfico 4).

- Primeiramente sobre o funcionamento do sistema de referênciação ao serviço e a todo o seu processo (P3_Q3_A), pouco mais de metade dos inquiridos (53%) concorda total ou parcialmente revelando assim, que no âmbito do sistema de referênciação os seus utentes não terão dificuldades;
- Depois, questionou-se se os utentes estariam devidamente informados sobre que tipo de cuidados especializados são prestados no serviço (P3_Q3_B). 70,1% dos profissionais considera que sim;
- Finalmente, foram questionados sobre se os utentes estariam devidamente informados sobre as competências de cada área terapêutica de atuação (P3_Q3_C), onde somente 21,3% discordou totalmente ou parcialmente desta afirmação.

Considera-se assim que de acordo com os profissionais existe educação e literacia em saúde sobre o processo de referênciação, conhecimento sobre o tipo de cuidados e as competências dos profissionais)

Para finalizar esta parte do questionário com relação ao funcionamento dos serviços, procurou entender-se se os profissionais do serviço onde os inquiridos exercem funções são capazes de agir como agente promotor do acesso aos serviços de MFR (P3_Q4). Das

respostas adquiridas, cerca de 83% concorda total ou parcialmente, demonstrando que os profissionais consideram ser veículos importantes no acesso aos serviços (Gráfico 4).

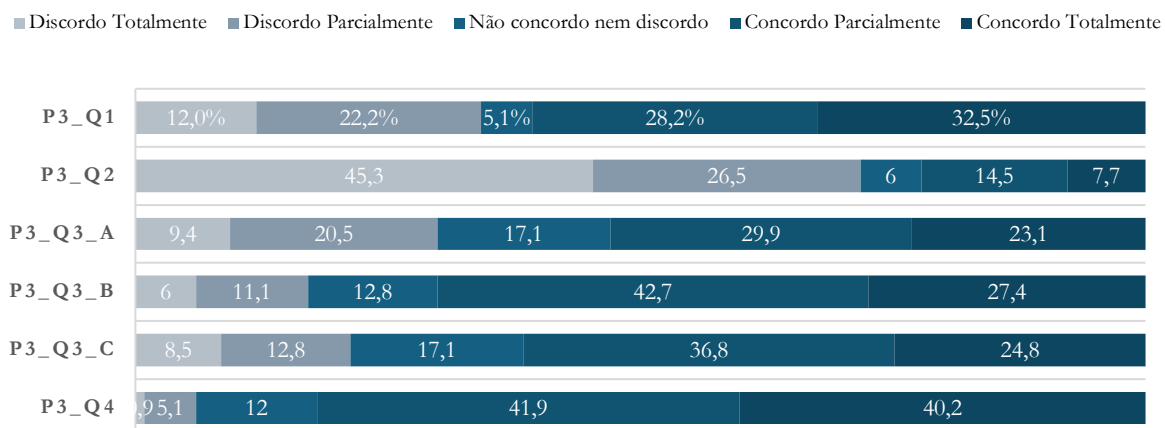


Gráfico 4 - Nível de concordância das questões sobre a caracterização do serviço (Parte 3 do questionário)

4.2.5. Respostas abertas

Concluiu-se o questionário com uma pergunta de resposta aberta sobre qual a maior falha no âmbito do acesso no serviço onde os profissionais desempenham funções. Esta questão procurava dar abertura aos profissionais para que estes expusessem questões concretas dos seus serviços que pudessem complementar mais concretamente, questões abordadas anteriormente. Três profissionais não indicaram nenhuma falha no serviço ou referiram que o serviço dava uma resposta adequada.

Nos 114 questionários restantes as respostas foram diversas e diferenciadas pelos contextos de trabalho de cada um dos profissionais. Houve um aspeto que se destacou de todos os outros, com 45 referências ao longo das respostas, designadamente no âmbito da “insuficiência de recursos humanos nos serviços”, havendo grande parte dos profissionais a salientar a “falta de profissionais devidamente qualificados para a prestação de serviços especializados” e a “necessidade de recrutamento de mais profissionais para dar resposta às listas de espera”. Observou-se que esta resposta é comum nos participantes que exercem funções um pouco por todas as instituições, tanto do domínio privado, como público.

Outra questão mencionada, desta vez por 17 profissionais, foi o pouco espaço disponível nas instalações que se repercute em falta de condições de trabalho dignas, e dificuldade de aumentar o leque de clientes por falta de espaço. De entre estas obteve-se ainda uma resposta que dirigia a falha física do seu serviço para as barreiras arquitetónicas.

Também os tempos e lista de espera são várias vezes referidos pelos profissionais (n=17). Apresentam-nos respostas que se interligam, por um lado, com a escassez de recursos para dar resposta à procura e por outro com a gestão indevida de marcações, priorizando desta forma doentes crónicos em prol dos doentes agudos que necessitariam de um atendimento mais urgente. Em alguns casos de instituições, as marcações são realizadas por profissionais que, por falta de formação na área da saúde, não terão capacidade de determinar a prioridade dos utentes em espera.

Pelo menos 10 respostas referiram a referenciação como barreira ao acesso. Por vezes, o processo burocrático é dificultado com necessidade obrigatória de consulta médica ou de encaminhamento pelo médico de família, atrasando também o início dos tratamentos, ou realizando encaminhamentos indevidos ou limitando temporalmente prescrições para casos que, segundo protocolos clínicos, necessitariam de mais tempo de reabilitação. Estes casos em concreto são relatados por colegas que exercem funções em locais que dependem desta referenciação, no caso instituições públicas, RNCCI e Clínicas Convencionadas Privadas. Aos restantes locais, o utente pode aceder sem qualquer tipo de referenciação.

Obtivemos também 8 respostas referentes à Literacia em Saúde vista de duas perspetivas: do desconhecimento do utente perante as especializações de cada categoria técnica e dos colegas profissionais de saúde sobre as funções de cada um.

Questões mais concretas e dirigidas aos serviços dos inquiridos também foram indicadas, como por exemplo o baixo número de vagas na rede nacional e consequentemente o baixo apoio e resposta funcional ao utente pós alta (n=1), falta de reconhecimento dos profissionais pela gestão e da importância da equipa de reabilitação (n=2) e ainda o alto número de casos sociais a ocupar vagas de internamento em hospitais de agudos e RNCCI (n=1). Nesta última, é de relevância compreender que os casos sociais que ficam a aguardar vagas para outros locais, no caso da MFR em âmbito de internamento hospitalar de agudos e RNCCI, tem a mesma implicação das restantes especialidades. O utente permanece em tratamento até que a equipa médica reavalie a necessidade real do utente ou até a sua transferência de estabelecimento, o que acaba por ocupar vagas de doentes agudos.

A variedade de respostas acrescenta grande riqueza a este trabalho, pois pudemos compreender que apesar das dificuldades normais associadas a cada contexto profissional, há muitas dificuldades que são semelhantes entre instituições.

4. Discussão

Neste capítulo, os resultados obtidos no capítulo 4 serão analisados à luz dos objetivos previamente estabelecidos neste trabalho, de forma que possamos obter *insights* significativos sobre a matéria em estudo e assim contribuir para uma melhor compreensão das questões colocadas.

Inicialmente apresentou-se os determinantes do acesso descritos na literatura mais adaptados aos serviços de MFR atendendo à pluralidade de organizações existentes. Do questionário enviado, 3 itens avaliavam a “Proximidade e Capacidade de perceção”, 1 a “Aceitabilidade e Capacidade de procurar”, 10 a “Capacidade e Acomodação e Capacidade de alcançar”, 4 o “Esforço Financeiro e Capacidade de Pagar” e finalmente 4 itens, a “Adequabilidade e Capacidade de se envolver”, categorias ilustradas na literatura que tivemos por base neste estudo (Levesque et al, 2013).

Foi possível de se verificar que os profissionais identificaram claramente os domínios da “capacidade e acomodação” e da “adequabilidade” como sendo os mais importantes para o acesso, e atribuem maior capacidade de intervenção da sua parte nos determinantes da “proximidade” e “adequabilidade”.

Deste modo, analisando o determinante da “proximidade”, sob a perspectiva dos itens com maior influência dos profissionais, percebemos que este se torna o mais cotado junto do profissionais e que se insere numa temática cada vez mais importante, não só na MFR, mas em todo o sistema de saúde, a Literacia em saúde, com os itens “Literacia em saúde dos doentes” (T2_Q1), “Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR” (T2_Q2) e “Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR” (T2_Q3) no topo dos itens sobre os quais os profissionais consideram ter maior capacidade de atuação.

A literacia em saúde acarreta a capacidade de usar competências de aceder, compreender e avaliar a informação em saúde que é disponibilizada, sendo o individuo capaz de as aplicar diariamente na tomada de decisões em diferentes contextos (Loureiro, 2015). Percebemos assim, que uma decisão devidamente informada por parte do utente resultará numa tomada de decisão mais acertada. Sabendo que Portugal tem um nível de literacia em saúde apenas suficiente (Arriaga et al., 2023), é importante que o profissional que convive diretamente com o utente consiga operar como agente ativo nesta matéria. Os profissionais

consideram que, para além da aliteracia que existe por parte dos utentes, existe também aliteracia da parte de outras categorias de profissionais de saúde, no que toca ao conhecimento das profissões e as funções específicas de cada uma delas, levando à desinformação e encaminhamento errado.

No domínio da “capacidade e acomodação”, sendo este mais relacionado com questões práticas do serviço (nomeadamente localização, horário, mecanismos de referênciação, ambiente envolvente, transporte, suporte social), podemos depreender que um dos aspetos que estes consideram importante no acesso aos serviços, é também aquele que mais falha, nomeadamente os recursos humanos. Este é um aspeto sobre o qual os profissionais não têm capacidade de intervir como facilitadores. Esta opinião por parte dos profissionais de saúde vem muitas vezes associada ao aumento dos tempos de espera para consulta ou tratamento em todas as áreas. Os rácios existentes sobre a distribuição de profissionais, referem que nos serviços de MFR de intervenção em agudos por cada 100.000 habitantes devem existir 10 a 15 fisioterapeutas, 3 Terapeutas Ocupacionais e 0,25 Terapeutas da Fala (Sampaio et al., 2017).

Apesar desta opinião dos profissionais acerca da escassez de recursos humanos, os dados obtidos no SNS mostram que o grupo profissional dos TSDT possui o maior crescimento médio entre 2017 e 2023 (3,3%), o que indica que existe um esforço para uma maior contratação, apesar de ainda ser considerada insuficiente para a real procura dos serviços (Ferreira et al., 2024). Também o relatório de monitorização do setor convencionado de MFR da ERS revela que desde 2012 existe um aumento de estabelecimentos privados no âmbito da MFR (ERS, 2022). No entanto, o relatório da OMS sobre os recursos humanos em saúde prevê existir escassez de profissionais de saúde em vários dos países analisados. Estas dificuldades irão persistir, caso não exista uma adaptação na organização do trabalho, com respostas capazes de criar oportunidades de desenvolvimento, flexibilidade e de inovação (WHO, 2022).

O determinante da “Capacidade e Acomodação” refere-se também existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços e ao facto de o serviço ter acessos físicos adequados a pessoas com dificuldades. Os determinantes sociais da saúde, definidos pela OMS como “as condições como as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida quotidiana.” (WHO, 2016). Os profissionais podem apoiar os pacientes neste âmbito ao

questionar sobre a sua história, aconselhando-os e encaminhando-os para locais de apoio ou facilitando o acesso aos serviços de saúde durante o processo (Andermann, 2016). Já com referência às barreiras físicas, o artigo 16.º da Portaria n.º 1212/2010, de 30 de novembro, determina que “as unidades de MFR, a nível do meio físico e espaço envolvente, devem situar-se em locais de fácil acessibilidade e dispor de infraestruturas viárias, abastecimento de água, saneamento, energia elétrica e telecomunicações” (Ministério da Saúde, 2010). A falta de adaptabilidade física do contexto aos utentes com mais dificuldades é uma das maiores barreiras ao acesso, tanto a serviços de saúde na generalidade, como a qualquer outro serviço.

Podemos também referir o sistema de referenciação no âmbito do domínio da “Capacidade e Acomodação”. Foi salientada a dificuldade do acesso por limitações por parte dos médicos de família, pois a necessidade de referenciação ou encaminhamento com P1 é o que muitas vezes atrasa o processo de reabilitação do utente. O TSDT é um profissional cuja carreira confere uma total autonomia profissional, técnica e funcional. Esta necessidade burocrática de encaminhamento em determinados contextos clínicos leva a um atraso no acompanhamento de casos agudos, nomeadamente em casos de internamento ou reabilitação pós alta.

Neste seguimento, podemos também mencionar a gestão indevida das marcações, onde é persistente a dificuldade de priorizar casos agudos, e consequentemente dar resposta a estes casos em tempo útil, muitas vezes por falta de desconhecimento. O determinante da “Capacidade e Acomodação” conforme descrito pelos autores, refere-se ao facto de o acesso à saúde ser alcançado tanto de uma forma física como atempada. Sabemos que este tipo de MCDT, de acordo com o que está definido nos Direitos e Deveres dos utentes deverão ser “A realizar dentro do TMRG (Tempo Médio de Resposta Garantida) definido para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica” ou em casos convencionados “Nas situações de urgência devidamente comprovadas consultas e os tratamentos terão prioridade e deverão, se possível, ser realizados imediatamente” (Portaria n.º 153/2017).

No âmbito da “Adequabilidade” do acesso, determinante relativo a qualidade técnica e profissional, organização e coordenação, e ainda sobre a capacidade do utente e meio social se envolver no processo, consideraram-se importantes ao acesso os itens (T2_Q19) “A qualidade dos serviços prestados na organização” e (T2_Q21) “Qualificação especializada dos profissionais”. A multidisciplinariedade e qualidade profissional especializada está

prevista no livro branco da MFR e também para Levesque et al. (2013), autores do modelo de acesso revisto e estudado nesta dissertação, é tido como um aspeto importante, para melhor integração os cuidados. De acordo com o livro branco da especialidade da MFR, é esperado que nos diversos contextos da MFR, variados entre os centros de reabilitação especializada até aos hospitais de agudos, existam profissionais especializados, capacitados para a avaliação e intervenção dos utentes que procuram este serviço. A existência de equipas multidisciplinares enriquece o processo terapêutico e permite atingir melhores resultados terapêuticos (Union Européenne des Médecins Spécialistes et al., 2009). Também em 2017, a OMS estabelecia algumas recomendações no âmbito da reabilitação, entre elas o facto de reabilitação multidisciplinar depender da disponibilidade de pessoal qualificado, incluindo terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala. Refere ainda que em uma força de trabalho multidisciplinar é importante considerar o campo de especialidade de cada profissional a sua distribuição adequada (Gimigliano & Negrini, 2017).

Adicionalmente, retemos o item (T2_Q22) “Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação” do determinante da “Adequabilidade”, que se encontra diretamente relacionado com o da Literacia em saúde. Nos anos 70, a OMS descrevia o envolvimento do utente como um “objetivo desejável das políticas de saúde” e apelava para a necessidade de implementação de meios de promoção dessa participação (WHO, 1978). Hoje sabemos que o envolvimento do utente e da sua família no processo terapêutico só acarreta benefícios e está diretamente relacionado com a melhoria dos cuidados de saúde, manifestada no aumento da satisfação do paciente e da família (Rao et al., 2000).

Sob outra perspetiva, podemos analisar também os aspetos que foram considerados de ambas as perspetivas como os menos importantes no acesso e sob os quais os profissionais consideram ter menos influência, sendo estes os relativos ao “Esforço Financeiro e Capacidade de Pagar”. Atualmente, no setor público e no setor convencionado, não existe lugar a copagamentos por parte do paciente, apesar da tendencial gratuitidade do SNS. Uma vez que uma grande percentagem da amostra se insere em serviços de cariz público ou em clínica convencionada, pode este ser um fator explicativo deste resultado.

O profissional de saúde aqui estudado, da área da MFR, constitui parte da base do processo terapêutico e do plano de reabilitação e das decisões posteriormente tomadas em equipa. Assim, sendo o profissional um veículo para que o utente possa aceder aos serviços,

essa opinião e o estudo destas perspectivas torna-se fulcral para compreender de que modo as atitudes dos profissionais podem agir como um facilitador ao acesso. Percebemos que este estudo é um ponto inicial importante para se avançar no estudo do acesso a esta área, uma área em constante crescimento e cuja necessidade e procura tem vindo a aumentar de modo significativo nos últimos anos. Assim, consideramos ser importante a realização de estudos futuros que procedam à análise com mais variáveis e com uma maior abrangência de profissionais.

Assim, concluindo, haverá ainda uma necessidade acrescida de criar medidas que assegurem que todos os serviços dispõem de recursos humanos especializados para prestar serviços de excelência, criando padrões que tornem o acesso mais adequado e permitindo que todos possam participar e usufruir dos serviços de MFR quando efetivamente exista necessidade e sem barreiras e seja facilitado pelos prestadores. Será ainda importante compreender de que forma se poderá aumentar a cobertura da prestação destes serviços, e de melhorar as respostas pós alta, não descurando nunca a manutenção das condições que proferem qualidade de vida aos restantes.

5. Conclusão

O acesso é uma temática muito estudada em várias vertentes da saúde e cujos conceitos têm-se alterado ao longo dos anos, de forma a se adaptarem à realidade atual. O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento ativo, a procura da promoção de saúde, levam a um aumento da procura de cuidados que promovam o bem-estar o que inclui a MFR.

O profissional de saúde deve agir como um meio facilitador do acesso do utente aos serviços. Porém, há muitos fatores que não dependem do profissional, mas sim da sinergia e do trabalho conjunto entre os serviços, as instituições, os profissionais e os próprios utentes. Só esta simbiose tornará viável um acesso coeso e saudável para o sistema.

Este trabalho revela-se uma enorme importância e um grande ponto de partida neste âmbito, na medida em que a opinião dos profissionais raramente é tida em consideração e ninguém melhor que eles mesmos consegue identificar as falhas internas e gerais existentes, quer nesta área em concreto, quer nas restantes áreas da saúde. Este género de questões abre portas a uma análise mais escrutinada sobre esta temática e levanta algumas questões sobre a evolução que a saúde na MFR ainda terá pela frente: a necessidade da consulta médica, a pouca independência técnica dos profissionais e o pouco investimento em Recursos Humanos na globalidade das instituições públicas e privadas. Revela-se importante perceber o tipo de investimento que ainda é necessário para que os recursos possam acompanhar o crescimento da área.

Contudo, verificamos algumas limitações neste estudo. De notar com maior evidência o valor amostral baixo, fazendo com que a amostra não seja tão representativa quanto seria desejável. Apesar de se ter pedido apoio a várias plataformas e associações, não foi possível recolher mais opiniões junto dos profissionais. Acredita-se que, com uma amostra maior e mais representativa da população, os resultados possam ser ainda mais relevantes a nível estatístico, e que poderia ser possível inferir com mais exatidão as barreiras ao acesso na MFR e como atuar sobre as mesmas.

Outra grande dificuldade neste patamar foi a obtenção de informação fidedigna fora do SNS, uma vez que não há grande investimento na investigação e recolha de informação para o setor privado (número de terapeutas, atos médicos considerados), apenas e

maioritariamente para o setor convencionado, limitando por vezes as relações e conclusões que pudemos obter dos dados deste questionário.

Não obstante, reconhecemos que a criação de um questionário de raiz não validado pode criar algumas condicionantes neste estudo. No entanto, não havendo nenhum instrumento reconhecido nesta área, tentou-se que o estudo inicial da temática estudada, fosse capaz de colmatar qualquer tipo de falha. Este estudo, contribui assim para criar um ponto de partida pertinente e estruturado que pode ser utilizado como base para estudos futuros. A utilização deste modelo conceptual permitirá os futuros pesquisadores a compreender o conceito complexo e dinâmico que é o acesso tanto nos sistemas de saúde como no contexto populacional.

Cremos, que apesar destas dificuldades, o estudo permitiu responder às questões traçadas no início deste trabalho, sendo uma mais-valia no avanço desta questão nesta área de amplo crescimento. Sugere-se a continuidade de estudos complementares neste sentido, para que a pouco e pouco sejamos capazes de obter um maior acesso aos serviços de saúde, em particular aos Serviços de MFR.

6. Referências Bibliográficas

- Amaro, J., Moreira, J., & Branco, C. A. (2009). Medicina Física e de Reabilitação: A especialidade médica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 18(2), 22–28.
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Canadian Medical Association Journal*, 188(17–18), E474–E483. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- Andersen, R. (1978). Health Status Indices and Access to Medical Care. Em *AJPH* (Vol. 68, Número 5).
- Arriaga, M., Santos, B. dos, Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Barros, P. P., & Santos, C. (2023). *ACESSO DAS CRIANÇAS A CUIDADOS DE SAÚDE - Famílias com menor procura de cuidados de saúde*. <https://news.cision.com/pt/nova-school-of-business-and-economics/r/acesso-das-criancas-a-cuidados-de-saude---familias-com-menor-procura-de-cuidados-de-saude,c6383848899800000000>
- Bright, T., Wallace, S., & Kuper, H. (2018). A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low-and middle-income countries. Em *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 15, Número 10). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
- Constituição da República Portuguesa (2005). <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609), 24–27. <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
- Cu, A., Meister, S., Lefebvre, B., & Ridde, V. (2021). Assessing healthcare access using the Levesque’s conceptual framework– a scoping review. Em *International Journal for Equity*

- in Health* (Vol. 20, Número 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
- Decreto-Lei n.º 261/93, Diário da República 3996 (1993).
- Direito de Acesso a Cuidados de Saúde (2023).
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Caracterização do acesso dos utentes a serviços de Medicina Física e de Reabilitação*.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*.
- Entidade Reguladora de Saúde. (2022). *INFORMAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO - Setor convencionado de Medicina Física e Reabilitação*.
<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/exames-convencionados-e-area-ESS-ERIC>, & ICS-ULisboa. (2022). ESS 9 - European Social Survey 2018. Em *Arquivo Português de Informação Social*.
- Ferreira, A. S., Melo, W. de, Costa, R., Pereira, S., & Duarte, N. (2024). *Os Profissionais do SNS: Retrato e Evolução*. www.planapp.gov.pt
- Fonseca, C., & Oliveira, S. (2021). Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 19–33.
<https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.144>
- Frenk, J. (1992). The concept and measurement of accessibility. Em K. White, J. Frenk, C. Ordóñez, J. M. Paganini, & B. Starfield (Eds.), *Health Services Research: An Anthology* (pp. 842–855). Pan American Health Organization.
- Gimigliano, F., & Negrini, S. (2017). The World Health Organization «Rehabilitation 2030: A call for action». *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(2), 155–168.
<https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>
- Gomes, M. D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo* (4ª Edição). Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria.
- Grupo de Trabalho de Análise dos Cuidados de Medicina Física e de Reabilitação. (2018). *Relatório do Grupo de Trabalho de Análise dos Cuidados de Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório*.
- Gulliford, M., Morgan, M., Hughes, D., Beech, R., Figeroa-Munoz, J., Gibson, B., Hudson, M., Arumugam, C., Connell, P., Mohiddin, A., & Sedgwick, J. (2001). *Access to Health*

- Care Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).*
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2020-2022*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). Estatística da Saúde 2022. *Instituto Nacional de Estatísticas*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2
- Lei n.º 95/2019, Diário da República, 1ª série (2019).
- Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro - Lei de Bases da Saúde, Pub. L. No. 169, Diário da República, 1ª série (2019).
- Lei nº15/2014, Diário da República - 1.ª Série, nº57, de 2014-03-21 2127 (2014).
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 1. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Lourenço, A. (2022). A Portrait of the State of Healthcare in Portugal: “Health at a Glance 2021”. *Acta Medica Portuguesa*, 35(2), 84–86. <https://doi.org/10.20344/amp.17875>
- Ministério da Saúde. (2018). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*.
- Ordem dos Fisioterapeutas. (2024). *Dados Demográficos dos Membros*.
<https://ordemdosfisioterapeutas.pt/pt/dados-demograficos-dos-membros/>.
- Organização Mundial de Saúde. (2023, Janeiro 30). *Rehabilitation*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. Em *Annals of the New York Academy of Sciences* (Vol. 1136, pp. 161–171). Blackwell Publishing Inc.
<https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
- Pordata. (2022). *Índice de envelhecimento em Portugal*. Pordata.
<https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>

Portal da Transparência. (2024). *Trabalhadores por Grupo Profissional — Transparência*.
<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/trabalhadores-por-grupo-profissional/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=periodo&dataChart=eyJxdWVyaWVzIjpbeYJjaGFydHMiolt7InR5cGUiOiJsaW5lIiwiaWZnVuYyI6IlNVTStIsInlBeGlzIjoibWVkaWNvc19zX2ludGVybmc1bnVwby1wcm9maXNzaW9uYWwiLCJvcHRpb25zIjp7ImRpc2p1bmN0aXZILnlIZ2lhbyI6dHJ1ZSwiZGltanVuY3RpdmUuaW5zdGl0dWljYW8iOnRydWUsInNvcnQiOiJwZXJpb2RvIn19fV0sInRpbWVzY2FsZSI6IiIsInNpbmdsZUF4aXMiOmZhbnHNILCJkaXNwbGF5TGFnZW5kIjp0cnVILCJhbGlnbk1vbnoRoIjp0cnVlfQ%3D%3D&location=8,41.21437,-8.54166>

Portaria n.º 153/2017, Pub. L. No. 153/2017, Diário da República, 1.ª série - N.º86 (2017).

Portaria nº1212/2010, Pub. L. No. 1212/2010, Diário da República (2010).

Racher, F. E., & Robinson Vollman, A. (2002). Exploring the Dimensions of Access to Health Services: Implications for Nursing Research and Practice. Em *An International Journal* (Vol. 16, Número 2).

Rao, J. K., Winberger, M., & Kroenke, K. (2000). Visit-Specific Expectations and Patient-Centered Outcomes: A Literature Review. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1148–1155.
<https://doi.org/10.1001/archfam.9.10.1148>

Ricketts, T. C., & Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274–280.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>

Sampaio, F., Pinto, C. V., Parada, F., Antunes, F., Silva, H. T. da, Caldas, J., André, L., & Mirco, T. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO*.

Tzenios, N. (2019). The Determinants of Access to Healthcare: A Review of Individual, Structural, and Systemic Factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*.
<https://www.researchgate.net/publication/367163359>

Union Européenne des Médecins Spécialistes, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, & European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. (2009). *Livro*

- branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa* (C. Gutenbrunner, A. B. Ward, & M. A. Chamberian, Eds.). www.euro-prm.org
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma Ata. Em *WHO*. WHO.
- World Health Organization. (2016). *What are the social determinants of health?*
- World Health Organization. (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*.

7. Anexos

Anexo 1 - Questionário

No âmbito da conclusão do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto, estamos a realizar esta pesquisa que procura recolher as opiniões dos profissionais de saúde Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) que exercem funções na área de Medicina Física e Reabilitação (MFR) sobre o acesso aos cuidados de saúde na área e se estes serão capazes de atuar sobre os determinantes que envolvem o acesso.

O questionário que se segue terá por base os Determinantes do Acesso ilustrados no Modelo de Acesso de *Levesque* de 2013, e é dividido em 3 partes: na primeira parte procura-se realizar uma caracterização do profissional, na segunda parte recolher a sua opinião sobre os determinantes do acesso e o seu papel nos mesmos e na terceira parte procurará conhecer a realidade do serviço de MFR onde trabalha.

A sua participação neste questionário é voluntária e todas as suas respostas são confidenciais. As suas questões não contêm nenhum teor que permita revelar a sua identidade. Os resultados desta investigação serão utilizados apenas para fins académicos.

Este trabalho está sob a orientação da Prof Dra Susana Oliveira, Professora auxiliar na Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Caso necessite de algum esclarecimento adicional sobre este estudo, contacte-nos através do e-mail up202200850@up.pt

Parte 1

Sobre o profissional:

- Idade
- Sexo
- Escolaridade
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Pós-graduação
 - Doutoramento
- Categoria profissional
 - TO
 - FT
 - TF
- Tempo de experiência em MFR (em anos)
- Tempo de trabalho na entidade atual (em anos)
- Número de horas de trabalho médio semanal na instituição
- Concelho da instituição

- Tipo de instituição

- Pública (ULS)
- Clínica convencionada privada
- Gabinete Privado
- IPSS (Instituição Particular de Segurança Social)
- RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados)
- Outros

Parte 2

O Acesso

No questionário abaixo estão identificados alguns fatores que potencialmente influenciam o acesso a serviços de saúde na área de MFR. Por favor, indique, se na sua opinião tais aspetos são importantes para que os utentes consigam aceder (ou não) aos serviços de MFR adequados e se, enquanto profissional de saúde, considera ter capacidade de atuação sobre tal item.

A escala de resposta:

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo parcialmente
- 3) Não concordo nem discordo
- 4) Concordo parcialmente
- 5) Concordo totalmente

	Questão	Os seguintes aspetos são importantes para que os utentes consigam aceder (ou não) aos serviços de MFR adequados?					Enquanto profissional de saúde, considera ter capacidade de atuação como agente promotor deste item?				
	Proximidade e Capacidade de perceção										
T1_Q1 T2_Q1	Literacia em saúde dos doentes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q2 T2_Q2	Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q3 T2_Q3	Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Aceitabilidade e Capacidade de procurar										
T1_Q4 T2_Q4	Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	Capacidade e Acomodação e Capacidade de alcançar										
T1_Q5	Existência de um número suficiente de profissionais no serviço que atendam às necessidades da população	1	2	3	4	5					

T1_Q6	Contratação de profissionais para o serviço de MFR devidamente qualificados para o exercício de funções especializadas	1	2	3	4	5					
T1_Q7 T2_Q7	As instalações do serviço de MFR apresentam as dimensões necessárias para o devido funcionamento do serviço	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q8 T2_Q8	O serviço acompanha as inovações tecnológicas da área de MFR? (p.ex. aparelhos mais recentes, evidência científica mais atualizada)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q9 T2_Q9	O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se as necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q10 T2_Q10	A localização geográfica dá resposta às necessidades da população abrangida pelo serviço de MFR	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q11 T2_Q11	Disponibilidade para marcação de consultas/tratamentos especializados em tempo útil (pe 30 dias após alta hospitalar)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q12 T2_Q12	O serviço tem acessos físicos ao serviço adequados a pessoas com dificuldades (elevadores, rampas, portas automáticas)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q13 T2_Q13	Existem transportes disponíveis para aceder ao serviço (público, privado, bombeiros)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q14 T2_Q14	Existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços/tratamentos de MFR	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Esforço Financeiro e Capacidade de pagar											
T1_Q15 T2_Q15	A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q16 T2_Q16	Os valores dos serviços praticados (quando aplicável)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q17 T2_Q17	Formas de pagamento disponíveis (multibanco, mbway, dinheiro)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q18	A existência de Seguros, convenções ou acordos	1	2	3	4	5					
Adequabilidade e capacidade de se envolver											
T1_Q19 T2_Q19	A qualidade dos serviços prestados na organização	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q20 T2_Q20	A disponibilidade de serviços especializados adequados às necessidades dos utentes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T1_Q21 T2_Q21	Qualificação especializada dos profissionais	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

T1_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
T2_Q22											

T1_Q23//T2_Q23

Se considerar que existem mais determinantes importantes que não foram referidos acima, por favor inclua no quadro abaixo

	a) Os seguintes aspetos são importantes para que os utentes consigam aceder (ou não) aos serviços de MFR adequados?					b) Enquanto profissional de saúde, considera ter capacidade de atuação como agente promotor deste item?				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Parte 3

Funcionamento do Serviço de MFR

- Número de horas de funcionamento do serviço onde trabalha

- 8h - 10h - 12h

- Trabalha fins de semana

- Sábado - Domingo - Não trabalho

PARA RESPONDER COM:

1. Discordo Totalmente
2. Discordo
3. Nem concordo, nem discordo
4. Concorde
5. Concorde Totalmente

P3_Q1- Essas horas são suficientes para responder às necessidades dos utentes que procuram o serviço?

P3_Q2- O número de terapeutas nas três áreas terapêuticas do seu serviço é suficiente para dar resposta às necessidades do mesmo?

P3_Q3- Os seus utentes são devidamente informados sobre:

P3_Q3_A - Como funciona o sistema de referência ao serviço e todo o seu processo?

P3_Q3_B - Que tipo de cuidados especializados prestam no serviço

P3_Q3_C - Quais as competências de cada área terapêutica de atuação

P3_Q4 - Os profissionais do serviço onde exerce funções são capazes de agir como agente promotor do acesso do utente aos serviços de MFR?

RESPOSTA ABERTA

- Na sua opinião, qual a maior falha no âmbito do acesso, do serviço onde desempenha funções?

Anexo 2 – Respostas à questão T1_Q23

“Se considerar que existem mais determinantes importantes que não foram referidos acima, por favor inclua no quadro abaixo”

Item adicional	Pontuação
“Os profissionais de saúde não estarem constantemente a mudar, para que haja um tratamento contínuo mais eficaz”	5
“Falta de entrega por parte dos profissionais de mfr, vícios de acomodação e de acharem que a partir de certa idade já não terem o dever de e desempenham o maior número de tratamentos. Como o andar a passear em corredores, sem produção de trabalho, podendo estar a prestar o serviço de mfr”	Sem pontuação
“Referenciação médica”	5
“Existência de mais e melhores respostas no pós alta”	5
“A existência de encaminhamento por parte de outras especialidades médicas”	5
“Haver apoios (ou não penalização salarial/laboral) para realização de tratamentos em horário laboral”	4

Anexo 3 – Teste de Mann-Whitney Questão 1 (T1) e Sexo

Estatística do Teste

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-Tailed)
T1_Q1	817	988	-0,606	0,545
T1_Q2	574	745	-2,615	0,009
T1_Q3	723,5	894,5	-1,398	0,162
T1_Q4	887	5837	-0,032	0,974
T1_Q5	764,5	935,5	-1,198	0,231
T1_Q6	819,5	990,5	-0,768	0,442
T1_Q7	823,5	994,5	-0,619	0,536
T1_Q8	786	957	-0,903	0,367
T1_Q9	847,5	1018,5	-0,368	0,713
T1_Q10	772	943	-1,079	0,281
T1_Q11	829,5	1000,5	-0,633	0,527
T1_Q12	748	919	-1,811	0,07
T1_Q13	597	768	-2,884	0,004
T1_Q14	792,5	963,5	-0,932	0,351
T1_Q15	858	5808	-0,26	0,795
T1_Q16	628	799	-2,179	0,029
T1_Q17	835	1006	-0,446	0,656
T1_Q18	725,5	896,5	-1,383	0,167
T1_Q19	837	1008	-0,526	0,599
T1_Q20	846	1017	-0,458	0,647
T1_Q21	878,5	5828,5	-0,128	0,898
T1_Q22	783	5733	-0,966	0,334

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T1_Q2	Feminino	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,782
		Amplitude Interquartil	1
	Masculino	Mediana (p25, p75)	4 (3, 4,25)
		Desvio Padrão	1,138
		Amplitude Interquartil	1
T1_Q13	Feminino	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0,623
		Amplitude Interquartil	0
	Masculino	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,958
		Amplitude Interquartil	1
T1_Q16	Feminino	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,956
		Amplitude Interquartil	1
	Masculino	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	0,802
		Amplitude Interquartil	2

Anexo 4 - Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 1 (T1) e variável “Categoria Profissional”

Estatísticas de teste

Questão	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T1_Q1	0,601	2	0,74
T1_Q2	8,802	2	0,012
T1_Q3	7,399	2	0,025
T1_Q4	2,386	2	0,303
T1_Q5	0,744	2	0,689
T1_Q6	1,968	2	0,374
T1_Q7	1,609	2	0,447
T1_Q8	2,205	2	0,332
T1_Q9	1,956	2	0,376
T1_Q10	1,002	2	0,606
T1_Q11	0,504	2	0,777
T1_Q12	3,427	2	0,18
T1_Q13	0,8	2	0,67
T1_Q14	1,431	2	0,489
T1_Q15	3,617	2	0,164
T1_Q16	1,431	2	0,489
T1_Q17	0,135	2	0,935
T1_Q18	3,08	2	0,214
T1_Q19	0,084	2	0,959
T1_Q20	3,495	2	0,174
T1_Q21	0,378	2	0,828
T1_Q22	0,811	2	0,667

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T1_Q2	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3,75, 5)
		Desvio Padrão	0,981
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,799
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,702
		Amplitude Interquartil	1
T1_Q3	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	1,1
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,78
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,514
		Amplitude Interquartil	1

Anexo 5 – Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 1 (T1) e variável “Escolaridade”

Estatísticas de teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T1_Q1	5,663	3	0,129
T1_Q2	2,045	3	0,563
T1_Q3	2,09	3	0,554
T1_Q4	4,562	3	0,207
T1_Q5	1,161	3	0,762
T1_Q6	7,114	3	0,068
T1_Q7	0,711	3	0,871
T1_Q8	0,796	3	0,851
T1_Q9	2,369	3	0,499
T1_Q10	7,235	3	0,065
T1_Q11	0,707	3	0,872
T1_Q12	2,388	3	0,496
T1_Q13	0,865	3	0,834
T1_Q14	0,763	3	0,858
T1_Q15	3,905	3	0,272
T1_Q16	6,551	3	0,088
T1_Q17	0,997	3	0,802
T1_Q18	0,85	3	0,837
T1_Q19	3,311	3	0,346
T1_Q20	2,346	3	0,504
T1_Q21	3,595	3	0,309
T1_Q22	4,711	3	0,194

Anexo 6 – Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 1 (T1) e variável “Tipo de Instituição”

Estatísticas do teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T1_Q1	7,456	5	0,189
T1_Q2	6,54	5	0,257
T1_Q3	10,311	5	0,067
T1_Q4	3,05	5	0,692
T1_Q5	2,528	5	0,772
T1_Q6	5,199	5	0,392
T1_Q7	5,07	5	0,407
T1_Q8	3,536	5	0,618
T1_Q9	12,845	5	0,025
T1_Q10	2,113	5	0,833
T1_Q11	4,237	5	0,516
T1_Q12	2,476	5	0,78
T1_Q13	3,976	5	0,553
T1_Q14	1,913	5	0,861
T1_Q15	3,206	5	0,668
T1_Q16	4,952	5	0,422
T1_Q17	2,222	5	0,818
T1_Q18	3,472	5	0,628
T1_Q19	10,13	5	0,072
T1_Q20	5,323	5	0,378
T1_Q21	6,877	5	0,23
T1_Q22	11,751	5	0,038

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T1_Q9	Clínica convencionada privada	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,675
		Amplitude Interquartil	1
	Gabinete privado	Mediana (p25, p75)	5 (4,5, 5)
		Desvio Padrão	1,333
		Amplitude Interquartil	1
	Hospital privado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	IPSS	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,516
		Amplitude Interquartil	1
	Pública	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	1,209
		Amplitude Interquartil	1
	RNCCI	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,928
		Amplitude Interquartil	2
T1_Q22	Clínica convencionada privada	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,755
		Amplitude Interquartil	1
	Gabinete privado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	Hospital privado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	IPSS	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0,408
		Amplitude Interquartil	0
	Pública	Mediana (p25, p75)	5 (4,5, 5)
		Desvio Padrão	0,721
		Amplitude Interquartil	1
	RNCCI	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,5
		Amplitude Interquartil	1

Anexo 7 – Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 1 (T1) e variável “Zona da Instituição”

Estatísticas de teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T1_Q1	7,511	5	0,185
T1_Q2	7,319	5	0,198
T1_Q3	1,692	5	0,89
T1_Q4	2,862	5	0,721
T1_Q5	6,309	5	0,277
T1_Q6	6,924	5	0,226
T1_Q7	3,287	5	0,656
T1_Q8	3,933	5	0,559
T1_Q9	3,252	5	0,661
T1_Q10	3,853	5	0,571
T1_Q11	2,568	5	0,766
T1_Q12	3,436	5	0,633
T1_Q13	12,516	5	0,028
T1_Q14	9,841	5	0,08
T1_Q15	6,654	5	0,248
T1_Q16	2,822	5	0,727
T1_Q17	1,439	5	0,92
T1_Q18	11,336	5	0,045
T1_Q19	6,642	5	0,249
T1_Q20	4,358	5	0,499
T1_Q21	10,695	5	0,058
T1_Q22	11,284	5	0,046

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T1_Q13	Norte	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0,587
		Amplitude Interquartil	0
	Centro	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,712
		Amplitude Interquartil	1
	Lisboa e Vale do Tejo	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,64
		Amplitude Interquartil	1
	Alentejo	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	5
		Amplitude Interquartil	0
	Algarve	Mediana (p25, p75)	4,5 (4, 5)
		Desvio Padrão	4,5
		Amplitude Interquartil	1,229
T1_Q18	Norte	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,712
		Amplitude Interquartil	1
	Centro	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,166
		Amplitude Interquartil	2
	Lisboa e Vale do Tejo	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,134
		Amplitude Interquartil	2
	Alentejo	Mediana (p25, p75)	4 (3,-)
		Desvio Padrão	1,414
		Amplitude Interquartil	-
	Algarve	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	0,816
		Amplitude Interquartil	2
T1_Q22	Norte	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,635
		Amplitude Interquartil	1
	Centro	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,507
		Amplitude Interquartil	1
	Lisboa e Vale do Tejo	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	0,961

	Alentejo	Amplitude Interquartil	2
		Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	Algarve	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,516
		Amplitude Interquartil	1

Anexo 8 – Teste de correlação de *Spearman* das variáveis “Idade”, “Tempo de experiência em MFR”, “Tempo de trabalho na entidade atual” e “Nº de horas de trabalho” com Questão 1 (T1)

	Idade		Tempo de experiência em MFR (em anos)		Tempo de trabalho na entidade atual (em anos)		Número de horas de trabalho médio semanal na instituição	
	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
T1_Q1	-0,094	0,314	-0,11	0,237	0,006	0,948	0,097	0,3
T1_Q2	-,183*	0,048	-0,113	0,224	-0,068	0,467	0,105	0,262
T1_Q3	-0,131	0,159	-0,073	0,437	-0,114	0,22	0,155	0,095
T1_Q4	-0,127	0,173	-0,1	0,283	-0,08	0,391	0,009	0,922
T1_Q5	0,029	0,759	0,077	0,41	0,025	0,793	-0,125	0,178
T1_Q6	-0,05	0,595	0,006	0,95	0,032	0,73	0,006	0,949
T1_Q7	-0,026	0,777	-0,005	0,955	-0,012	0,896	0,103	0,271
T1_Q8	-0,117	0,208	-0,156	0,094	-0,123	0,187	0,032	0,732
T1_Q9	0,006	0,945	0,043	0,645	-0,003	0,971	0,119	0,201
T1_Q10	-0,058	0,532	0,04	0,67	0,031	0,737	0,1	0,285
T1_Q11	0,036	0,697	0,055	0,558	0,004	0,964	-0,059	0,527
T1_Q12	-0,026	0,779	0,012	0,895	-0,071	0,449	-0,064	0,493
T1_Q13	0,019	0,836	0,003	0,974	-0,002	0,983	-0,045	0,627
T1_Q14	-0,093	0,317	-0,028	0,767	-0,047	0,617	0,031	0,742
T1_Q15	-0,034	0,715	-0,055	0,552	-0,023	0,81	0,015	0,875
T1_Q16	-0,157	0,091	-0,133	0,152	-0,013	0,886	0,099	0,289
T1_Q17	0,014	0,882	0,073	0,435	0,046	0,622	-0,017	0,857
T1_Q18	-0,131	0,16	-0,043	0,643	0,015	0,869	-0,056	0,551
T1_Q19	-0,091	0,328	-0,026	0,781	-0,047	0,611	0,064	0,493
T1_Q20	-0,034	0,715	-0,02	0,827	0,084	0,367	-0,136	0,144
T1_Q21	0,002	0,981	0,027	0,772	0,047	0,616	0,025	0,788
T1_Q22	0	0,996	0,032	0,73	0,01	0,914	0,004	0,969

*nível de significância de 0,05

**nível de significância de 0,01

Anexo 9 – Teste de Mann-whitney Questão 2 (T2) e Sexo

Estatísticas de teste

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-Tailed)
T2_Q1	824	5774	-0,581	0,561
T2_Q2	701,5	872,5	-1,614	0,107
T2_Q3	793	964	-0,837	0,403
T2_Q4	807	978	-0,706	0,48
T2_Q7	848	5798	-0,333	0,739
T2_Q8	686	5636	-1,599	0,11
T2_Q9	847	5797	-0,344	0,731
T2_Q10	716,5	5666,5	-1,352	0,176
T2_Q11	718	5668	-1,344	0,179
T2_Q12	800,5	5750,5	-0,705	0,481
T2_Q13	733,5	5683,5	-1,217	0,223
T2_Q14	720	5670	-1,32	0,187
T2_Q15	762,5	5712,5	-0,993	0,321
T2_Q16	684	5634	-1,604	0,109
T2_Q17	771,5	5721,5	-0,929	0,353
T2_Q19	817,5	5767,5	-0,632	0,527
T2_Q20	818,5	989,5	-0,601	0,548
T2_Q21	867	1038	-0,211	0,833
T2_Q22	891	1062	0	1

Anexo 10 - Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 2 (T2) e variável “Categoria Profissional”

Estatísticas de teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T2_Q1	4,898	2	0,086
T2_Q2	0,499	2	0,779
T2_Q3	5,355	2	0,069
T2_Q4	0,672	2	0,715
T2_Q7	7,773	2	0,021
T2_Q8	7,321	2	0,026
T2_Q9	9,401	2	0,009
T2_Q10	4,5	2	0,105
T2_Q11	15,327	2	<,001
T2_Q12	2,811	2	0,245
T2_Q13	3,881	2	0,144
T2_Q14	8,731	2	0,013
T2_Q15	4,521	2	0,104
T2_Q16	10,997	2	0,004
T2_Q17	5,094	2	0,078
T2_Q19	6,892	2	0,032
T2_Q20	6,108	2	0,047
T2_Q21	5,884	2	0,053
T2_Q22	3,949	2	0,139

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T2_Q7	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,297
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	3 (2, 4)
		Desvio Padrão	1,389
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	3 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,417
		Amplitude Interquartil	2
T2_Q8	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,114
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	3 (2, 4)
		Desvio Padrão	1,295
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,131
		Amplitude Interquartil	2
T2_Q9	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,064
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	3 (2,75, 4)
		Desvio Padrão	1,26
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	4 (2,50, 5)
		Desvio Padrão	1,375
		Amplitude Interquartil	3
T2_Q11	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,139
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	3 (2, 4)
		Desvio Padrão	1,267
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,38
		Amplitude Interquartil	2
T2_Q14	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,341

T2_Q16	Terapia Ocupacional	Amplitude Interquartil	2
		Mediana (p25, p75)	3 (2, 4)
		Desvio Padrão	1,377
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	4 (2,5, 5)
		Desvio Padrão	1,505
		Amplitude Interquartil	3
	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,426
		Amplitude Interquartil	2
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	3 (1, 4)
		Desvio Padrão	1,404
		Amplitude Interquartil	3
T2_Q19	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,263
		Amplitude Interquartil	2
	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,797
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	4,5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,745
		Amplitude Interquartil	1
T2_Q20	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0,393
		Amplitude Interquartil	0
	Fisioterapia	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	1,011
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia Ocupacional	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	1,091
		Amplitude Interquartil	1
	Terapia da Fala	Mediana (p25, p75)	5 (4,5, 5)
		Desvio Padrão	1,004
		Amplitude Interquartil	1

Anexo 11 - Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 2 (T2) e variável “Escolaridade”

Estatísticas de teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T2_Q1	2,54	3	0,468
T2_Q2	2,79	3	0,425
T2_Q3	4,82	3	0,185
T2_Q4	8,411	3	0,038
T2_Q7	1,844	3	0,605
T2_Q8	0,368	3	0,947
T2_Q9	1,439	3	0,697
T2_Q10	0,366	3	0,947
T2_Q11	1,138	3	0,768
T2_Q12	1,56	3	0,668
T2_Q13	1,402	3	0,705
T2_Q14	4,989	3	0,173
T2_Q15	2,057	3	0,561
T2_Q16	0,601	3	0,896
T2_Q17	0,342	3	0,952
T2_Q19	8,004	3	0,046
T2_Q20	5,868	3	0,118
T2_Q21	2,864	3	0,413
T2_Q22	1,373	3	0,712

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T2_Q4	Licenciatura	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,657
		Amplitude Interquartil	1
	Mestrado	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,864
		Amplitude Interquartil	1
	Doutoramento	Mediana (p25, p75)	4 (4, 4)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	Pós-Graduação	Mediana (p25, p75)	4 (3,25, 5)
		Desvio Padrão	1,089
		Amplitude Interquartil	2
T2_Q19	Licenciatura	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,819
		Amplitude Interquartil	1
	Mestrado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0,514
		Amplitude Interquartil	0
	Doutoramento	Mediana (p25, p75)	4 (4, 4)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	Pós-Graduação	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,737
		Amplitude Interquartil	1

Anexo 12 - Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 2 (T2) e variável “Tipo de Instituição”

Estatísticas de teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T2_Q1	4,975	5	0,419
T2_Q2	13,625	5	0,018
T2_Q3	12,409	5	0,03
T2_Q4	3,593	5	0,609
T2_Q7	1,814	5	0,874
T2_Q8	2,205	5	0,82
T2_Q9	1,149	5	0,95
T2_Q10	3,663	5	0,599
T2_Q11	7,606	5	0,179
T2_Q12	1,97	5	0,853
T2_Q13	2,082	5	0,838
T2_Q14	1,651	5	0,895
T2_Q15	1,9	5	0,863
T2_Q16	3,868	5	0,569
T2_Q17	3,561	5	0,614
T2_Q19	0,847	5	0,974
T2_Q20	1,8	5	0,876
T2_Q21	1,993	5	0,85
T2_Q22	4,35	5	0,5

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
T2_Q2	Clínica convencionada privada	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,471
		Amplitude Interquartil	1
	Gabinete privado	Mediana (p25, p75)	4 (3,5, 5)
		Desvio Padrão	1,269
		Amplitude Interquartil	2
	Hospital privado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	IPSS	Mediana (p25, p75)	5 (4,75, 5)
		Desvio Padrão	0,408
		Amplitude Interquartil	0
	Pública	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,83
		Amplitude Interquartil	1
	RNCCI	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,726
		Amplitude Interquartil	1
T2_Q3	Clínica convencionada privada	Mediana (p25, p75)	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,471
		Amplitude Interquartil	1
	Gabinete privado	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	1,269
		Amplitude Interquartil	1
	Hospital privado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	IPSS	Mediana	5 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,516
		Amplitude Interquartil	1
	Pública	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,955
		Amplitude Interquartil	1
	RNCCI	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,527
		Amplitude Interquartil	1

Anexo 13 - Teste de *Kruskal-Wallis* Questão 2 (T2) e variável “Zona da Instituição”

Estatísticas de teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
T2_Q1	4,694	5	0,454
T2_Q2	9,414	5	0,094
T2_Q3	8,342	5	0,138
T2_Q4	2,365	5	0,797
T2_Q7	5,688	5	0,338
T2_Q8	8,772	5	0,119
T2_Q9	10,927	5	0,053
T2_Q10	5,005	5	0,415
T2_Q11	7,15	5	0,21
T2_Q12	6,823	5	0,234
T2_Q13	3,43	5	0,634
T2_Q14	4,691	5	0,455
T2_Q15	5,977	5	0,308
T2_Q16	4,915	5	0,426
T2_Q17	3,204	5	0,669
T2_Q19	6,664	5	0,247
T2_Q20	5,058	5	0,409
T2_Q21	5,084	5	0,406
T2_Q22	2,939	5	0,709

Anexo 14 – Teste de correlação de *Spearman* das variáveis “Idade”, “Tempo de experiência em MFR”, “Tempo de trabalho na entidade atual” e “Nº de horas de trabalho” com Questão 2 (T2)

	Idade		Tempo de experiência em MFR (em anos)		Tempo de trabalho na entidade atual (em anos)		Número de horas de trabalho médio semanal na instituição	
	Coeficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coeficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coeficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	Coeficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)
T2_Q1	0,035	0,705	0,141	0,131	0,083	0,372	0,129	0,167
T2_Q2	-0,144	0,123	-0,03	0,748	-0,018	0,844	-0,01	0,914
T2_Q3	-,194*	0,036	-0,096	0,304	-0,106	0,255	-0,12	0,196
T2_Q4	-0,13	0,161	-0,099	0,287	-0,05	0,594	0,085	0,362
T2_Q7	-0,007	0,936	0,021	0,82	-0,014	0,885	0,096	0,306
T2_Q8	-0,015	0,871	-0,055	0,555	-0,076	0,417	0,126	0,177
T2_Q9	0,111	0,235	0,168	0,07	0,064	0,495	0,165	0,075
T2_Q10	0,01	0,915	-0,013	0,893	-0,049	0,598	0,011	0,909
T2_Q11	0,049	0,598	0,026	0,777	-0,06	0,523	0,008	0,93
T2_Q12	-0,038	0,683	-0,056	0,548	-0,1	0,281	0,108	0,247
T2_Q13	-0,068	0,464	-0,086	0,354	-0,15	0,106	0	1
T2_Q14	-0,102	0,272	-0,087	0,35	-0,135	0,146	0,04	0,669
T2_Q15	-0,092	0,322	-0,09	0,335	-0,102	0,275	0,146	0,116
T2_Q16	-0,123	0,185	-0,122	0,19	-0,141	0,128	0,069	0,459
T2_Q17	-0,049	0,603	-0,024	0,797	-0,056	0,547	-0,059	0,529
T2_Q19	-0,154	0,098	-0,05	0,591	-0,158	0,089	0,061	0,517
T2_Q20	-0,124	0,183	-0,083	0,371	-0,1	0,285	0,106	0,255
T2_Q21	-,224*	0,015	-,199*	0,032	-,188*	0,043	0,06	0,52
T2_Q22	-0,043	0,649	0,046	0,624	-0,034	0,713	-0,008	0,934

*nível de significância de 0,05

**nível de significância de 0,01

Anexo 15- Teste de correlação de *Spearman* das Questões 1 (T1) e 2 (T2)

Questões			rs	p
T1_Q1	T2_Q1	Literacia em saúde dos doentes	0,177	0,056
T1_Q2	T2_Q2	Capacidade do utente de identificar que sofre de uma patologia abrangida pela área de MFR	,352**	<,001
T1_Q3	T2_Q3	Capacidade do utente de identificar a necessidade de procurar serviços de MFR	,221*	0,017
T1_Q4	T2_Q4	Aceitação de crenças/cultura/valores do utente por parte dos profissionais e do serviço	,324**	<,001
T1_Q7	T2_Q7	As instalações do serviço de MFR apresentam as dimensões necessárias para o devido funcionamento do serviço	0,065	0,487
T1_Q8	T2_Q8	O serviço acompanha as inovações tecnológicas da área de MFR? (p.ex. aparelhos mais recentes, evidência científica mais atualizada)	,309**	<,001
T1_Q9	T2_Q9	O horário de funcionamento do serviço de MFR corresponde e ajusta-se às necessidades da população (pós-laboral, horário de almoço)	,292**	0,001
T1_Q10	T2_Q10	A localização geográfica dá resposta às necessidades da população abrangida pelo serviço de MFR	-0,015	0,875
T1_Q11	T2_Q11	Disponibilidade para marcação de consultas/tratamentos especializados em tempo útil (pe 30 dias após alta hospitalar)	0,03	0,751
T1_Q12	T2_Q12	O serviço tem acessos físicos ao serviço adequados a pessoas com dificuldades (elevadores, rampas, portas automáticas)	0,062	0,504
T1_Q13	T2_Q13	Existem transportes disponíveis para aceder ao serviço (público, privado, bombeiros)	0,137	0,141
T1_Q14	T2_Q14	Existência de suporte social e familiar para o acesso físico aos serviços/tratamentos de MFR	-0,009	0,924
T1_Q15	T2_Q15	A realização de tratamentos pode impedir o doente de auferir rendimentos de trabalho	,215*	0,02
T1_Q16	T2_Q16	Os valores dos serviços praticados (quando aplicável)	0,162	0,08
T1_Q17	T2_Q17	Formas de pagamento disponíveis (multibanco, mbway, dinheiro)	,409**	<,001
T1_Q19	T2_Q19	A qualidade dos serviços prestados na organização	0,162	0,081
T1_Q20	T2_Q20	A disponibilidade de serviços especializados adequados às necessidades dos utentes	-0,072	0,441
T1_Q21	T2_Q21	Qualificação especializada dos profissionais	0,014	0,884
T1_Q22	T2_Q22	Envolvimento do utente nas decisões tomadas sobre o seu processo de reabilitação	,312**	<,001

*nível de significância de 0,05

**nível de significância de 0,01

Anexo 16 – Análise Descritiva da Parte 3

Código	Pergunta	$\bar{x}$	Me	Mo	DP	$Pa \geq 85\%_{(4,5)}$
P3_Q1	Essas horas são suficientes para responder às necessidades dos utentes que procuram o serviço?	3,47	4	5	1,442	60,7%
P3_Q2	O número de terapeutas nas três áreas terapêuticas do seu serviço é suficiente para dar resposta às necessidades do mesmo?	2,13	2	1	1,336	22,2%
Os seus utentes são devidamente informados sobre:						
P3_Q3_A	Como funciona o sistema de referênciação ao serviço e todo o seu processo?	3,37	4	4	1,297	53%
P3_Q3_B	Que tipo de cuidados especializados prestam no serviço	3,74	4	4	1,153	70,1%
P3_Q3_C	Quais as competências de cada área terapêutica de atuação	3,56	4	4	1,234	61,6%
P3_Q4	Os profissionais do serviço onde exerce funções são capazes de agir como agente promotor do acesso do utente aos serviços de MFR?	4,15	4	4	0,887	43,1%

Anexo 17 - Teste de *Kruskal-Wallis* Parte 3 (P2) e variável “Tipo de Instituição”

Estatística do teste

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
P3_Q1	11,865	5	0,037
P3_Q2	27,132	5	<,001
P3_Q3_A	3,622	5	0,605
P3_Q3_B	10,302	5	0,067
P3_Q3_C	9,226	5	0,1
P3_Q4	2,534	5	0,771

Estatística Descritiva

Questão	Variável	Medida estatística	Valor estatístico
P3_Q1	Clínica convencionada privada	Mediana (p25, p75)	4 (2, 5)
		Desvio Padrão	1,427
		Amplitude Interquartil	3
	Gabinete privado	Mediana (p25, p75)	4 (4, 5)
		Desvio Padrão	0,527
		Amplitude Interquartil	1
	Hospital privado	Mediana (p25, p75)	5 (5, 5)
		Desvio Padrão	0
		Amplitude Interquartil	0
	IPSS	Mediana (p25, p75)	3 (2, 4,25)
		Desvio Padrão	1,329
		Amplitude Interquartil	2
	Pública	Mediana (p25, p75)	4 (2, 4)
		Desvio Padrão	1,494
		Amplitude Interquartil	2
RNCCI	Mediana (p25, p75)	2 (2, 4,5)	
	Desvio Padrão	1,364	
	Amplitude Interquartil	3	
P3_Q2	Clínica convencionada privada	Mediana (p25, p75)	2 (1, 4)
		Desvio Padrão	1,37
		Amplitude Interquartil	3

	Gabinete privado	Mediana (p25, p75)	4 (3, 5)
		Desvio Padrão	1,093
		Amplitude Interquartil	2
	Hospital privado	Mediana (p25, p75)	2,5 (1, -)
		Desvio Padrão	2,121
		Amplitude Interquartil	-
	IPSS	Mediana (p25, p75)	1,5 (1, 2)
		Desvio Padrão	0,548
		Amplitude Interquartil	1
	Pública	Mediana (p25, p75)	1 (1, 2)
		Desvio Padrão	1,044
		Amplitude Interquartil	1
	RNCCI	Mediana (p25, p75)	2 (1,5, 3,5)
		Desvio Padrão	1,509
		Amplitude Interquartil	2

Anexo 18 – Teste de correlação de *Spearman* que avalia a variável “Tempo de experiência em MFR” e as questões da Parte 3

		P3_Q2	P3_Q1	P3_Q3_A	P3_Q4
Tempo de experiência em MFR (em anos)	Coefficiente de Correlação	-,217*	-,111	-,032	,009
	Sig. (2 extremidades)	,019	,233	,729	,926
	N	117	117	117	117

*nível de significância de 0,05

**nível de significância de 0,01