

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia
nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados**

PEDRO FERNANDO MOREIRA SEABRA

PROFESSORA DOUTORA LUÍSA MARIA REIS PEDRO

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA, INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

PROFESSORA ESPECIALISTA ANDREIA FILIPA JESUS CARVALHO

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA, INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Especialização Fisioterapia Neurológica

Lisboa, 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA

**Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia
nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados**

PEDRO FERNANDO MOREIRA SEABRA

PROFESSORA DOUTORA LUÍSA MARIA REIS PEDRO

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA, INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

PROFESSORA ESPECIALISTA ANDREIA FILIPA JESUS CARVALHO

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA, INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

JÚRI:

PROFESSORA DOUTORA MARIA TERESA BARREIROS CAETANO TOMÁS

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA, INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

PROFESSORA DOUTORA CRISTINA CARVALHO MESQUITA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE, INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Mestrado em Fisioterapia – Ramo de Especialização Fisioterapia Neurológica

(Esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2023

Esta dissertação não possui qualquer conflito de interesses de ordem pessoal, comercial, acadêmico, político e financeiro nem qualquer apoio financeiro para o desenvolvimento da pesquisa que resultou na sua elaboração.

Resumo

Introdução: A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi pensada para assistir utentes com dependência funcional temporária ou prolongada. Em 25,6% dos casos, o motivo de referenciação relaciona-se com patologias vasculares cerebrais. Relativamente à presença de fisioterapeutas nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), existe apenas uma recomendação pouco específica da RNCCI, referindo-se ao número de horas semanais de fisioterapia em função do número de camas.

Objetivo: Realizar uma caracterização dos fisioterapeutas e da fisioterapia nas UCCI.

Métodos: Foi realizado um estudo exploratório com uma amostra constituída por 39 fisioterapeutas. Foram contactados os fisioterapeutas das UCCI da ARSLVT e, em seguida, foi enviado um *e-mail* com um questionário, abordando níveis educacionais, formação e práticas terapêuticas. Os dados foram analisados através de análise descritiva.

Resultados: Verificou-se que os 39 fisioterapeutas que constituíram a amostra têm entre 31 e 40 anos, são licenciados, intervêm maioritariamente em Unidades de Média Duração e Reabilitação numa alocação fixa, utilizam três escalas na avaliação do utente, têm a maioria dos seus utentes com condições neurológicas, sentem que as suas funções e área de saber são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar, realizaram formação nos últimos cinco anos e utilizam maioritariamente abordagens de treino motor e funcional.

Conclusão: Através deste estudo foi possível concluir que existiu um aumento no número absoluto de fisioterapeutas em UCCI e que, a maioria, sente que as suas funções e área de conhecimento são respeitadas dentro da equipa. Relativamente à prática clínica, estes preferem recorrer a abordagens mais relacionadas com o treino motor e funcional, sendo os seus utentes maioritariamente neurológicos.

Palavras-chave: Fisioterapeuta; Fisioterapia; UCCI.

Abstract

Introduction: The National Network for Integrated Continuous Care (RNCCI) was designed to assist patients with temporary or prolonged functional dependence. In 25.6% of cases, the reason for referral was related to cerebrovascular pathologies. Regarding the presence of Physiotherapists in the Continuous Integrated Care Units (UCCI), there is only one non-specific recommendation from the RNCCI, referring to the number of hours of physiotherapy per week depending on the number of beds.

Objective: Perform a characterization of physiotherapists and physiotherapy in the UCCI.

Methods: An exploratory study was conducted with a sample of 39 physiotherapists. Physiotherapists from the ARSLVT UCCI were contacted and then an email was sent with a questionnaire, covering educational levels, training and therapeutic practices. The data were analyzed through descriptive analysis.

Results: It was found that the 39 physiotherapists who made up the sample are between 31 and 40 years old, are licensed, work mainly in Medium-Term and Rehabilitation Units in a fixed allocation, use three scales in patients assessment, have the majority of their patients with neurological conditions, they feel that their functions and area of knowledge are respected within the multidisciplinary team, they have undergone training in the last five years and mainly use motor and functional training approaches.

Conclusion: Through this study it was possible to conclude that there was an increase in the absolute number of physiotherapists in UCCI and that the majority feel that their functions and area of knowledge are respected. Regarding clinical practice, they prefer to use approaches more related to motor and functional training, with their patients being mostly neurological.

Keywords: Physiotherapist; Physiotherapy; UCCI.

Índice

Parte I.....	1
1.1. Introdução	1
1.2. Enquadramento teórico	1
1.2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	1
1.2.2. Unidades da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo..	3
1.2.3. Caracterização do utente na RNCCI	3
1.2.4. Fisioterapia neurológica	4
1.2.5. Caracterização do fisioterapeuta	5
1.3. Objetivos do estudo	7
Parte II - Artigo científico.....	9
Introdução.....	11
Objetivos.....	13
Metodologia	13
Resultados.....	15
Discussão	30
Conclusão.....	33
Referências.....	34
Parte III.....	37
Discussão	37
Limitações do estudo	41
Conclusão.....	42
Recomendações	42
Referências bibliográficas	43
Anexos	47
Anexo I – Parecer CE-ESTeSL	47
Anexo II – Parecer CE-ARSLVT	48
Apêndices.....	49
Apêndice I – Questionário	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. Faixas etárias dos fisioterapeutas	15
Tabela 2. Habilitações literárias dos fisioterapeutas	15
Tabela 3. Tipologia de UCCI	15
Tabela 4. Alocação às tipologias.....	16
Tabela 5. Respeito pelas funções e área de saber	16
Tabela 6. Motivo de internamento dos utentes de cada fisioterapeuta	16
Tabela 7. Realização de formação nos últimos cinco anos	16
Tabela 8. Formação na área da neurologia	17
Tabela 9. Tabela cruzada entre o motivo de internamento e a formação em neurologia	17
Tabela 10. Leitura de artigos científicos sobre reabilitação neurológica.....	17
Tabela 11. Avaliação do Médico Fisiatra.....	18
Tabela 12. Avaliação do utente.....	18
Tabela 13. Utilização de escalas de avaliação.....	18
Tabela 14. Tempo de intervenção.....	19
Tabela 15. Registos e elaboração de planos individuais de intervenção.....	19
Tabela 16. Tabela cruzada entre a formação em Conceito Bobath e a utilização do mesmo.....	19
Tabela 17. Utilização de abordagens de neurodesenvolvimento	20
Tabela 18. Utilização de abordagens de integração sensorial e estimulação.....	21
Tabela 19. Utilização de abordagens de reabilitação postural e biomecânica.....	23
Tabela 20. Utilização de abordagens de treino motor e funcional	24
Tabela 21. Utilização de meios eletrofísicos	26
Tabela 22. Utilização de abordagens cognitivas e percetuais	28
Tabela 23. Utilização de abordagens complementares.....	29

1.1. Introdução

Nos países desenvolvidos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como sendo um indivíduo a partir dos 65 anos e, nos países em desenvolvimento, a partir dos 60 anos(1). Em Portugal, em 2019, a população com 65 ou mais anos equivalia a 22% da população nacional, sendo que se estima que em 2050 esta percentagem aumente para 32%(2).

A esperança de vida aos 65 anos é de 20 anos, sendo que, destes, 15 anos são vividos sem qualidade de vida(3). Os avanços na ciência, na medicina e nas condições de vida justificam este aumento na esperança de vida na Europa.

Burns et al. (3) sugerem que a longevidade não leva necessariamente à dependência e incapacidade entre os mais velhos, podendo, os mais velhos, relatar de forma positiva a sua saúde e a sua capacidade funcional(3). Contudo, em vários países, estes últimos anos são acompanhados por um elevado número e diversidade de doenças crónicas, baixas condições socioeconómicas e falta de comportamentos saudáveis e de estratégias para um envelhecimento ativo(4,5).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde a indivíduos com necessidades de reabilitação e cuidados prolongados. Dentro desta Rede, as UCCI têm um papel central na promoção da qualidade de vida e autonomia dos utentes, proporcionando assistência contínua e abrangente(6).

1.2. Enquadramento teórico

1.2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Os cuidados continuados (CC) são essenciais para a manutenção da qualidade de vida da pessoa dependente, sendo definidos pela OMS como o conjunto de cuidados destinados a pessoas que não são capazes de cuidarem de si de forma contínua. O Sistema Nacional de Saúde português define-os como “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei n.º 101/2006, artigo 3º, alínea a)(7).

Estes cuidados podem ser garantidos em instituições públicas, privadas, privadas sem fins lucrativos (cuidados institucionais) ou asseguradas no ambiente familiar do utente (cuidados domiciliários)(7).

A RNCCI foi criada em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho do Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social(8,9). A RNCCI foi pensada para assistir utentes com dependência funcional temporária ou prolongada, idosos com critérios de fragilidade e utentes com incapacidade grave com forte impacto psicológico ou social e/ou com doença severa em fase avançada ou terminal(8,9).

De modo a satisfazer as necessidades dos utentes, a RNCCI propõe-se a fornecer cuidados de saúde e apoio social numa perspetiva continuada e integrada, centrada no utente. Esta centralização no utente tem como objetivo máximo aumentar a funcionalidade e promover a autonomia do mesmo. De modo a cumprir estes objetivos, a RNCCI encontra-se dividida em três tipologias de internamento: Unidades de Convalescença; Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção(8,9).

As Unidades de Convalescença (UC) que preconizam internamentos até 30 dias, destinam-se a utentes já não precisam de cuidados hospitalares, mas que continuam a necessitar de cuidados que não podem ser prestados no domicílio. Deste modo, as UC fornecem cuidados médicos, de enfermagem, de fisioterapia, de terapia ocupacional e de terapia da fala (de acordo com a necessidade do utente), assim como cuidados de higiene, conforto e alimentação, apoio psicológico e social e atividades de convívio e lazer(8,9).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) destinam-se a internamentos com duração entre 30 e 90 dias, para utentes com potencial de reabilitação que perderam temporariamente a sua autonomia e cuja prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social não pode ser prestada no domicílio. As UMDR fornecem cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, bem como prescrição e administração de medicamentos, apoio psicossocial, cuidados de higiene, conforto e alimentação, e atividades de convívio e lazer(8,9).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) destinam-se a internamentos superiores a 90 dias, para utentes que necessitem de cuidados de saúde e/ou apoio social de manutenção que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. As ULDM oferecem

cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, tais como prescrição e administração de medicamentos, apoio psicossocial, cuidados de higiene, conforto e alimentação, atividades de manutenção e de estimulação, apoio no desempenho das atividades da vida diária e animação sociocultural. Nesta tipologia, existe ainda a possibilidade de um internamento temporário, com duração máxima de 90 dias por ano, para descanso do cuidador(8,9). No que diz respeito à referenciação dos utentes para as diferentes tipologias de internamento da RNCCI, esta pode ser concretizada por duas vias: através das Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para utentes internados nestes Hospitais e através das equipas de saúde familiar da Unidade de Saúde da sua área de residência, no caso do utente se encontrar no domicílio, num hospital privado ou em outras instituições(8,9).

1.2.2. Unidades da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

A região LVT representa 26,6% de toda a oferta de camas a nível nacional. Em novembro de 2022, existiam 258 camas em UC, 879 em UMDR e 1264 camas em ULDM, perfazendo um total de 2401 camas nesta região, sendo estas 86 unidades pertencentes a 48 instituições com acordo com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)(10).

Das 86 unidades, 41 localizam-se no distrito de Lisboa, 6 no de Leiria, 17 no de Santarém e 22 no distrito de Setúbal. Relativamente à natureza jurídica das mesmas, 29 são particulares ou privadas, 25 são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e, as restantes 32, são Santa Casa da Misericórdia (SCM)(10).

1.2.3. Caracterização do utente na RNCCI

O utente que ingressa na RNCCI caracteriza-se, maioritariamente, por ser idoso, do género feminino, casado ou viúvo, dependente ou com incapacidade física e com risco de queda médio a elevado(11).

Relativamente aos diagnósticos principais mais frequentes aquando da referenciação destes utentes, em 2020, 12,5% do total de utentes que ingressou na RNCCI tinha diagnóstico de “doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC)”, 7,4% “fratura do colo do fémur”, 5,4% “doença vascular cerebral NCOP ou mal definida”, 3,3% “degenerações cerebrais NCOP” e 3,3% “fratura de partes NCOP, ou de partes não

especificadas do fémur”. Se englobarmos todos os diagnósticos relacionados com patologia vascular cerebral, obtemos uma percentagem de 25,6%(12).

Em relação à funcionalidade dos utentes, medida através da Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF), à data de admissão no ano de 2020, 17,9% do total de admitidos apresentava funcionalidade ausente, 70,1% funcionalidade muito reduzida, 10,3% funcionalidade reduzida, 1,5% funcionalidade média e 0,3% apresentavam a funcionalidade total, sendo que apenas 26,5% a nível nacional aumentaram o seu nível de funcionalidade no final do período de internamento. A nível da região LVT, a percentagem é similar, com 27,9% dos utentes a aumentar o seu nível de funcionalidade. Nesta região, o motivo “reabilitação” na referenciação dos utentes ocorreu em 94,6% dos utentes de UC, de 89,9% em UMDR e 11,9% em ULDM(12).

Apesar de existirem tempos predefinidos para a duração dos internamentos nas diferentes tipologias, em LVT os internamentos duram, em média, 55 dias na UC, 113 na UMDR e 332 dias na ULDM(12).

1.2.4. Fisioterapia neurológica

Aquando da criação da RNCCI, foi apresentada a necessidade de criar unidades de AVC fora dos hospitais e que integrariam as UC. Nesta proposta, foi exposto que a Unidade deveria ser composta por elementos da área médica, da enfermagem, da fisioterapia, da terapia ocupacional, da terapia da fala, da neuropsicologia e do serviço social, recomendando que o rácio de fisioterapeutas na Unidade fosse de 4,5 por cada 30 camas(11). Apesar de exposta a necessidade de existirem unidades específicas para AVC dentro da RNCCI, as mesmas nunca passaram de uma proposta(13, 14). No que se refere à fisioterapia, esta revela-se essencial nas UCCI, onde o fisioterapeuta contribui para a recuperação, para o aumento da independência, da capacidade funcional e do bem-estar e para a prevenção de complicações e deterioração do estado de saúde, atuando em várias áreas, nomeadamente em condições neurológicas(15).

A *Royal College of London* recomenda que utentes com AVC realizem terapia, no mínimo, 5 dias por semana em sessões de 45 minutos, consoante a capacidade do utente realizar o tratamento(16). De acordo com esta Entidade, todos os utentes com deficits deveriam ter uma avaliação inicial e reavaliações periódicas, de forma a existir uma adequação dos cuidados em função das necessidades funcionais do utente e assegurar apoio à alta(16,17).

Vieira (18) aplicou questionários a fisioterapeutas que atuam em reabilitação de AVC em Hospitais e Clínicas em Portugal. Concluiu que as cinco modalidades/abordagens

terapêuticas mais utilizadas na fisioterapia neurológica para a reabilitação do membro superior em AVC são Tarefas Orientadas a Objetivos (93,4%), Aprendizagem Motora (89,4%), Mobilização Passiva (88,7%), Repetição de Tarefas (87,4%) e Bobath/Terapia de Neurodesenvolvimento (86,9%). Contudo, não foram encontradas duas sessões idênticas de tratamento em todas as 151 respostas(18).

Pollock et al. (19), num estudo de revisão, concluíram que a reabilitação deve incluir tratamentos claramente definidos, bem descritos e baseados em evidência. Pelo que, as componentes do tratamento devem ser escolhidas com base na avaliação individual do utente, levando em consideração todas as técnicas de tratamento disponíveis, em função das habilidades e experiência do fisioterapeuta. Segundo estes autores, a reabilitação física através da mistura de diferentes abordagens é eficaz para a recuperação da função e da mobilidade após o AVC(19).

Apesar da existência de alguns estudos, como os atrás referidos, as tentativas de avaliar o tratamento fisioterapêutico em condições neurológicas têm sido goradas devido ao facto dos utentes com condições neurológicas geralmente apresentarem uma grande variabilidade nos seus sintomas, pelo que a resposta de cada indivíduo à sua condição e aos seus sintomas também pode influenciar tanto o processo como o resultado do tratamento, assim como o ambiente em que estão sendo cuidados. Desta forma, o tratamento em fisioterapia neurológica é dinâmico, respondendo aos sintomas e problemas atuais de cada utente e adaptando o tratamento às mudanças à medida que que estas vão ocorrendo(17).

1.2.5. Caracterização do fisioterapeuta

As funções e competências dos profissionais em CC variam entre países, tornando difícil definir quem faz parte deste grupo a nível internacional. Relativamente a Portugal, existe um elevado défice de profissionais em CC, existindo apenas 0,8 profissionais por cada 100 pessoas com 65 ou mais anos, em comparação com 3,8, em média, na União Europeia (EU). Estes profissionais são geralmente mulheres com baixa escolaridade, pouca formação e salários baixos. Em 2016, 95,8% dos profissionais em CC eram mulheres, em comparação com 90,8% na UE(20,21).

Em Portugal, no que diz respeito à presença de fisioterapeutas nas UCCI, existe uma recomendação da RNCCI. Esta recomendação é, no entanto, pouco específica, referindo-se apenas ao número de horas semanais de fisioterapia em função do número de camas: 80 horas para cada 30 camas em UC e UMDR e 20 horas por cada 30 camas em ULDM(22). Em 2010, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas constatou que

não existia uma resposta consistente na distribuição de fisioterapeutas pelas unidades. Contudo, não foi possível determinar o número fisioterapeutas em cada tipologia, nem caracterizar os mesmos(23). Carvalho (24), num estudo realizado em 52 das 87 unidades com acordo com a ARSLVT, onde se incluía 6 UC, 17 UMDR, 22 ULDM e 7 UCP, concluiu que existiam 111 fisioterapeutas a desempenhar funções. Contudo, não foi possível perceber se este número sofreu alterações comparativamente a anos anteriores, por falta de dados disponíveis(24).

A nível internacional, em instituições similares às unidades de CC, concluiu-se que o acesso a cuidados de fisioterapia não é uniforme, principalmente nos casos de utentes com alterações cognitivas, e que é necessário mais conhecimento sobre as necessidades dos utentes e a eficiência dos cuidados prestados, de modo a estabelecer o número ideal de fisioterapeutas em relação ao número de utentes(25,26). Menezes et al. (27) analisam o caso de uma UCCI onde as sessões de fisioterapia têm um espaço físico próprio e o tempo da sessão varia entre 45 a 60 minutos, por utente. Os principais objetivos da fisioterapia incluem possibilitar uma readaptação funcional ou minimizar a percentagem de deterioração, através de um plano de intervenção fisioterapêutico estruturado de acordo com as necessidades do utente e inclui reabilitação neurofuncional, cardiorrespiratória, genito-urinária e traumato-ortopédica, reintegrando-o no seu meio habitual de vida, visando promover condições de autocuidado e/ou formação dos familiares com objetivo de proporcionar melhora da qualidade de vida(27). Ainda, no que se refere à caracterização dos fisioterapeutas que atuam em contexto de AVC crónico, ao nível da sua formação, Vieira (18) refere que os profissionais do seu estudo tinham maioritariamente licenciatura (89,8%), mestrado (6,4%) e bacharelato (3,8%), num total de 157 profissionais. Destes 4,5% avaliavam a sua preparação para reabilitar AVC como muito boa, 52,2% como boa, 42,7% como suficiente e apenas 0,6% como má. Relativamente à atualização de conhecimentos, foi possível averiguar que a maioria dos fisioterapeutas leu entre 6 a 10 artigos, nos últimos 3 anos, contudo, 26,7% referiram ter lido apenas entre 1 e 5 artigos(18). O mesmo autor refere ainda que, relativamente à proximidade dos objetivos terapêuticos com o utente e adequação da sua intervenção face ao conhecimento científico atual, os fisioterapeutas responderem maioritariamente que os seus objetivos eram próximos ou muito próximos e que a sua atuação era adequada ou muito adequada. Nos casos em que consideraram que a adequação era baixa, foram também questionados os motivos, destacando-se falta de tempo, custo de cursos de pós-graduação, falta de experiência, falta de mais fisioterapeutas para participar do processo de reabilitação de um utente, divisão de

utentes com outros profissionais de reabilitação, falta de material, necessidade de cumprir a prescrição do médico fisiatra, elevado número de utentes a tratar, falta reconhecimento da profissão, desadequação do espaço ou baixo potencial de recuperação(18).

1.3. Objetivos do estudo

Pelo que já foi referido anteriormente, no contexto dos CC, é essencial considerar a importância da fisioterapia nas UCCI, especialmente no que se refere à fisioterapia neurológica. Esta abordagem terapêutica desempenha um papel fundamental na reabilitação de indivíduos com lesões neurológicas que, conforme referido anteriormente, representam as condições mais prevalentes entre os utentes da RNCCI. É igualmente relevante caracterizar os fisioterapeutas que atuam nessas unidades, incluindo a sua formação, especializações e competências. A atuação destes profissionais é essencial para garantir a efetividade dos tratamentos e a promoção da recuperação dos utentes.

Deste modo, sendo escassa a informação sobre a fisioterapia e os fisioterapeutas nas UCCI e, sendo a região de LVT uma das mais populosas a nível nacional, surge a necessidade de caracterizar os fisioterapeutas e a fisioterapia nas UCCI de LVT. Assim, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma caracterização dos fisioterapeutas e da fisioterapia neurológica nas UCCI da ARSLVT, relativamente ao seu número, áreas em que intervêm, formação e caracterizar o modo de intervenção em indivíduos com condições do foro neurológico, nomeadamente tempo de intervenção e técnicas utilizadas.

A partir desta caracterização, espera-se contribuir para o aprimoramento dos serviços de fisioterapia nas UCCI, bem como para a melhoria da qualidade de vida dos utentes atendidos.

**CARACTERIZAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS E DA FISIOTERAPIA
NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Pedro Seabra^{1,2}; Andreia Carvalho, MSc²; Luísa Pedro, PhD²

¹Fisioterapeuta, Hôpital Paul Brousse, Villejuif, França

²Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa,
Portugal

(Instruções e diretrizes específicas para o envio de artigos da
SAÚDE & TECNOLOGIA, revista científica da ESTeSL)

Resumo

Introdução: A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi pensada para assistir utentes com dependência funcional temporária ou prolongada. Em 25,6% dos casos, o motivo de referência relaciona-se com patologias vasculares cerebrais. Relativamente à presença de fisioterapeutas nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), existe apenas uma recomendação pouco específica da RNCCI, referindo-se ao número de horas semanais de fisioterapia em função do número de camas.

Objetivo: Realizar uma caracterização dos fisioterapeutas e da fisioterapia nas UCCI.

Métodos: Foi realizado um estudo exploratório com uma amostra constituída por 39 fisioterapeutas. Foram contactados os fisioterapeutas das UCCI da ARSLVT e, em seguida, foi enviado um *e-mail* com um questionário, abordando níveis educacionais, formação e práticas terapêuticas. Os dados foram analisados através de análise descritiva.

Resultados: Verificou-se que os 39 fisioterapeutas que constituíram a amostra têm entre 31 e 40 anos, são licenciados, intervêm maioritariamente em Unidades de Média Duração e Reabilitação numa alocação fixa, utilizam três escalas na avaliação do utente, têm a maioria dos seus utentes com condições neurológicas, sentem que as suas funções e área de saber são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar, realizaram formação nos últimos cinco anos e utilizam maioritariamente abordagens de treino motor e funcional.

Conclusão: Através deste estudo foi possível concluir que existiu um aumento no número absoluto de fisioterapeutas em UCCI e que, a maioria, sente que as suas funções e área de conhecimento são respeitadas dentro da equipa. Relativamente à prática clínica, estes preferem recorrer a abordagens mais relacionadas com o treino motor e funcional, sendo os seus utentes maioritariamente neurológicos.

Palavras-chave: Fisioterapeuta; Fisioterapia; UCCI.

Abstract

Introduction: The National Network for Integrated Continuous Care (RNCCI) was designed to assist patients with temporary or prolonged functional dependence. In 25.6% of cases, the reason for referral was related to cerebrovascular pathologies. Regarding the presence of Physiotherapists in the Continuous Integrated Care Units (UCCI), there is only one non-specific recommendation from the RNCCI, referring to the number of hours of physiotherapy per week depending on the number of beds.

Objective: Perform a characterization of physiotherapists and physiotherapy in the UCCI.

Methods: An exploratory study was conducted with a sample of 39 physiotherapists. Physiotherapists from the ARSLVT UCCI were contacted and then an email was sent with a questionnaire, covering educational levels, training and therapeutic practices. The data were analyzed through descriptive analysis.

Results: It was found that the 39 physiotherapists who made up the sample are between 31 and 40 years old, are licensed, work mainly in Medium-Term and Rehabilitation Units in a fixed allocation, use three scales in patients assessment, have the majority of their patients with neurological conditions, they feel that their functions and area of knowledge are respected within the multidisciplinary team, they have undergone training in the last five years and mainly use motor and functional training approaches.

Conclusion: Through this study it was possible to conclude that there was an increase in the absolute number of physiotherapists in UCCI and that the majority feel that their functions and area of knowledge are respected. Regarding clinical practice, they prefer to use approaches more related to motor and functional training, with their patients being mostly neurological.

Keywords: Physiotherapist; Physiotherapy; UCCI.

Introdução

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho do Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social^{1,2}. A RNCCI foi pensada para assistir utentes com dependência funcional temporária ou prolongada, idosos com critérios de fragilidade e utentes com incapacidade grave com forte impacto psicológico ou social e/ou com doença severa em fase avançada ou terminal^{1,2}.

De modo a satisfazer as necessidades dos utentes, a RNCCI propõe-se a fornecer cuidados de saúde e apoio social numa perspetiva continuada e integrada, centrada no utente. Esta centralização no utente tem como objetivo máximo aumentar a funcionalidade e promover a autonomia do mesmo. De modo a cumprir estes objetivos, a RNCCI apresenta Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) divididas em três tipologias de internamento: Unidades de Convalescência; Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção^{1,2}.

As Unidades de Convalescência (UC) que preconizam internamentos até 30 dias, destinam-se a utentes que já não precisam de cuidados hospitalares, mas que continuam a necessitar de cuidados que não podem ser prestados no domicílio^{1,2}. As Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) destinam-se a internamentos com duração entre 30 e 90 dias, para utentes com potencial de reabilitação que perderam temporariamente a sua autonomia e cuja prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social não pode ser prestada no domicílio^{1,2}. As Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) destinam-se a internamentos superiores a 90 dias, para utentes que necessitem de cuidados de saúde e/ou apoio social de manutenção que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida^{1,2}.

A região Lisboa e Vale do Tejo (LVT) representa 26,6% de toda a oferta de camas a nível nacional. Em novembro de 2022, existiam 258 camas em UC, 879 em UMDR e 1264 camas em ULDM, perfazendo um total de 2401 camas nesta região, sendo estas 86 unidades pertencentes a 48 instituições com acordo com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)³. Relativamente aos diagnósticos principais mais frequentes aquando da referenciação destes utentes, em 2020, 12,5% do total de utentes que ingressou na RNCCI tinha diagnóstico de “doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC)”, 7,4% “fratura do colo do fémur”, 5,4% “doença vascular cerebral NCOP ou mal definida”, 3,3% “degenerações cerebrais NCOP” e 3,3% “fratura de partes NCOP, ou de partes não especificadas do fémur”. Se englobarmos todos os diagnósticos relacionados com patologia vascular cerebral, obtemos uma percentagem de 25,6%⁴.

Aquando da criação da RNCCI, foi apresentada a necessidade de criar unidades de AVC fora dos hospitais e que integrariam as UC. Nesta proposta, foi exposto que a Unidade deveria ser composta por elementos da área médica, da enfermagem, da fisioterapia, da terapia ocupacional, da terapia da fala, da neuropsicologia e do serviço social, recomendando que o rácio de fisioterapeutas na Unidade fosse de 4,5 por cada 30 camas⁵. Apesar de exposta a necessidade de existirem unidades específicas para AVC dentro da RNCCI, as mesmas nunca passaram de uma proposta^{6,7}.

A fisioterapia constitui uma área essencial nas UCCI. O fisioterapeuta, no contexto destas Unidades, contribui para a recuperação, para o aumento da independência, da capacidade funcional e do bem-estar e para a prevenção de complicações e deterioração do estado de saúde, atuando em diferentes condições clínicas, tais como as condições neurológicas⁸.

A *Royal College of London* recomenda que utentes com AVC realizem terapia, no mínimo, 5 dias por semana em sessões de 45 minutos, consoante a capacidade do utente realizar o tratamento⁹. De acordo com esta Entidade, todos os utentes com deficits deveriam ter uma avaliação inicial e reavaliações periódicas, de forma a existir uma adequação dos cuidados em função das necessidades funcionais do utente e assegurar apoio à alta^{9,10}.

Vieira¹¹ concluiu que as abordagens terapêuticas mais utilizadas na fisioterapia neurológica são Tarefas Orientadas a Objetivos, Aprendizagem Motora, Mobilização Passiva, Repetição de Tarefas e Conceito Bobath¹¹. Pollock et al.¹², por sua vez, concluíram que a reabilitação deve incluir tratamentos claramente definidos, bem descritos e baseados em evidência, pelo que as componentes do tratamento devem ser escolhidas com base na avaliação individual do utente, levando em consideração todas as técnicas de tratamento disponíveis, em função das habilidades e experiência do fisioterapeuta. Segundo estes autores, a reabilitação física, através da mistura de diferentes abordagens, é eficaz para a recuperação da função e da mobilidade após o AVC¹².

Apesar da existência de alguns estudos como os atrás referidos, as tentativas de avaliar o tratamento fisioterapêutico em condições neurológicas têm sido goradas devido ao facto dos utentes com condições neurológicas geralmente apresentarem uma grande variabilidade nos seus sinais e sintomas, pelo que a resposta de cada indivíduo à sua condição pode influenciar tanto o processo como o resultado do tratamento, assim como o ambiente em que estão sendo cuidados. Desta forma, o tratamento em fisioterapia neurológica é dinâmico, respondendo aos sintomas e problemas de cada utente em cada momento e adaptando o tratamento às mudanças à medida que estas vão ocorrendo¹⁰.

No que diz respeito à presença de fisioterapeutas nas UCCI, existe uma recomendação da RNCCI. Esta recomendação é, no entanto, pouco específica, referindo-se apenas ao número de horas semanais de fisioterapia em função do número de camas: 80 horas para cada 30 camas em UC e UMDR e 20 horas por cada 30 camas em ULDM¹³. Em 2010, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas constatou que não existia uma resposta consistente na distribuição de fisioterapeutas pelas unidades. Contudo, não foi possível determinar o número de fisioterapeutas em cada tipologia, nem caracterizar os mesmos¹⁴. Carvalho¹⁵, num estudo realizado em 52 das 87 unidades com acordo com a ARSLVT, onde se incluía 6 UC, 17 UMDR, 22 ULDM e 7 UCP, concluiu que existiam 111 fisioterapeutas a desempenhar funções. Contudo, não foi possível perceber se este número sofreu alterações comparativamente a anos anteriores, por falta de dados disponíveis¹⁵.

A nível internacional, em instituições similares às UCCI, concluiu-se que o acesso a cuidados de fisioterapia não é uniforme, principalmente nos casos de utentes com alterações cognitivas, e que é necessário mais conhecimento sobre as necessidades dos utentes e a eficiência dos cuidados prestados, de modo a estabelecer o número ideal de fisioterapeutas em relação ao número de utentes^{16,17}.

Objetivos

O presente estudo teve como objetivo realizar uma caracterização dos fisioterapeutas e da fisioterapia nas UCCI da ARSLVT, relativamente ao seu número, áreas em que intervêm e formação. Pretendeu-se ainda caracterizar o modo de intervenção em indivíduos com condições do foro neurológico, nomeadamente tempo de intervenção e técnicas utilizadas.

Metodologia

Realizou-se um estudo exploratório. A amostra do estudo foi constituída por fisioterapeutas que cumpriam o critério de inclusão definido: exercer funções como fisioterapeuta em UCCI na ARSLVT.

De modo a cumprir com os princípios éticos e a dignidade, integridade e segurança da pessoa humana na realização de investigação científica, foram realizados pedidos de parecer à

Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e à Comissão de Ética da ARSLVT, tendo sido obtidos pareceres positivos por parte das mesmas (Parecer 98-2022 e Parecer 614/CES/2023, respetivamente).

Seguidamente, a partir dos dados disponíveis publicamente no *website* da Administração Central do Sistema de Saúde, referentes às UCCI, foi possível criar uma listagem dos contactos telefónicos das UCCI da ARSLVT. Foram realizadas chamadas telefónicas, com o intuito de entrar em contacto com a equipa de fisioterapia e apresentar o estudo e seus os objetivos. Neste contacto telefónico, foi solicitado um *e-mail* para se proceder ao envio de um questionário aos fisioterapeutas, tendo sido também recolhida informação sobre o número de fisioterapeutas a exercer funções na UCCI.

Foi realizado um pré-teste com uma amostra de 4 fisioterapeutas que exerciam funções em Unidades da RNCCI, com o objetivo de verificar a sua adequação para obtenção das informações desejadas e aperfeiçoá-lo, o que levou à reformulação de 3 perguntas e exclusão de 1 pergunta. Após o pré teste, foi aplicado um questionário composto por 16 perguntas, das quais 2 eram de respostas aberta (“Quais as escalas que mais utiliza?” e “Possui alguma formação especializada em reabilitação neurológica? Se sim, qual?”) e 14 de resposta fechada (“Idade”, “Habilitações Literárias”, “Qual é a tipologia em que intervém maioritariamente?”, “Necessita da avaliação do Fisiatra para poder intervir?”, “Habitualmente quanto tempo após a admissão do utente na UCCI é que a sua intervenção se inicia (considerar dia da avaliação inicial como primeira intervenção)?”, “Utiliza escalas para avaliação e reavaliação do utente?”, “Qual o motivo de internamento mais comum nos seus utentes?”, “Em média, quanto tempo de intervenção dispõe com cada utente?”, “Existe tempo específico no seu horário para a realização de registos e planos individuais de intervenção?”, “No seu local de trabalho existe rotação da alocação dos Fisioterapeutas às diferentes tipologias ou a alocação é fixa?”, “Sente que as suas funções e área de saber são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar?”, “Alguma das formações que realizou foram feitas nos últimos 5 anos?”, “Em média, quantos artigos científicos leu no último ano sobre reabilitação neurológica?” e “Selecione a frequência com que as seguintes técnicas/modalidades fazem parte da sua prática atual com os utentes neurológicos”). De salientar que as abordagens terapêuticas que integraram este questionário foram selecionadas tendo por base o estudo de Vieira¹¹. O questionário foi disponibilizado através do *Google Forms*.

A análise e processamento dos dados estatísticos foram realizados utilizando o programa de software *Statistical Package for the Social Sciences, version 26.0 for Windows* (SPSS). Para descrição das variáveis foi realizada estatística descritiva com medidas de tendência central (média e moda), de dispersão (valor mínimo e valor máximo) e frequência. Foi também utilizada estatística inferencial (tabelas cruzadas).

Resultados

Relativamente ao número de fisioterapeutas, através do contacto telefónico com as instituições, contabilizaram-se 130 fisioterapeutas a exercer funções em 43 das 48 instituições da região de LVT. Quatro entidades não forneceram informações relativamente ao número de fisioterapeutas com o qual têm ligação e uma instituição referiu que não tinha ligação com nenhum fisioterapeuta. Nestas 43 instituições encontravam-se 76 unidades (2237 camas), sendo que, destas, 11 eram UC (226 camas), 29 UMDR (839 camas) e 36 ULDM (1172 camas), às quais estavam alocados 130 fisioterapeutas.

A amostra deste estudo é composta por 39 indivíduos, sendo que 61,5% (n=24) tem idades compreendidas entre 31 e 40 anos, 28,2% (n=11) entre 20 e 30 anos e 10,3% (n=4) entre 41-50 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Faixas etárias dos fisioterapeutas

Faixas etárias	Frequência (n)	Percentagem (%)
20-30	11	28,2
31-40	24	61,5
41-50	4	10,3
Total	36	100,0

Relativamente às habilitações literárias, 56,4% (n=22) obtiveram o grau de licenciatura, 28,2% (n=11) pós-graduação, 10,3% (n=4) mestrado e 5,1% (n=2) obtiveram apenas o grau de bacharel (Tabela 2).

Tabela 2. Habilitações literárias dos fisioterapeutas

Níveis de habilitações	Frequência (n)	Percentagem (%)
Bacharelato	2	5,1
Licenciatura	22	56,4
Pós-graduação	11	28,2
Mestrado	4	10,3
Total	39	100,0

Relativamente às tipologias das UCCI nas quais os fisioterapeutas desempenham funções, 46,2% (n=18) intervêm maioritariamente nas UMDR, 25,6% (n=10) nas UC, 20,5% (n=8) nas ULDM e 7,7% (n=3) cumprem apenas funções relacionadas com coordenação (Tabela 3), não estando, por isso, alocados a uma tipologia.

Tabela 3. Tipologia de UCCI

Tipologia	Frequência (n)	Percentagem (%)
UC	10	25,6
UMDR	18	46,2
ULDM	8	20,5
Coordenador	3	7,7
Total	36	100,0

Tendo em conta o facto dos coordenadores (n=3) cumprirem exclusivamente funções de coordenação, não realizando intervenções com os utentes da RNCCI, os próximos resultados serão apresentados relativamente aos restantes fisioterapeutas que responderam ao questionário (n=36).

Quando questionados sobre a alocação às tipologias, 75,0% (n=27) respondeu que a mesma era fixa e 25,0% (n=9) respondeu que esta era rotativa (Tabela 4).

Tabela 4. Alocação às tipologias

Alocação	Frequência (n)	Percentagem (%)
Fixa	27	75,0
Rotativa	9	25,0
Total	36	100,0

Quando questionados se sentiam que as suas funções e área de saber eram respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar, 44,4% (n=16) respondeu quase sempre, 27,8% (n=10) respondeu na maioria das vezes, 16,7% (n=6) respondeu sempre, 11,1% (n=4) respondeu às vezes e nenhum individuo respondeu raramente ou nunca (Tabela 5).

Tabela 5. Respeito pelas funções e área de saber

Respeito pelas funções e área de saber	Frequência (n)	Percentagem (%)
Às vezes	4	11,1
Na maioria das vezes	10	27,8
Quase sempre	16	44,4
Sempre	6	16,7
Total	36	100,0

No que diz respeito ao motivo principal do internamento dos utentes de cada fisioterapeuta, 77,8% (n=28) respondeu neurológico, 16,7% (n=6) respondeu músculo-esquelético, 5,5% (n=2) respondeu outro motivo (“Todos de igual modo”; “Neurológico e Músculo-esquelético”) (Tabela 6).

Tabela 6. Motivo de internamento dos utentes de cada fisioterapeuta

Motivo de Internamento	Frequência (n)	Percentagem (%)
Neurológico	28	77,8
Musculo esquelético	6	16,7
Outro motivo	2	5,6
Total	36	100,0

Relativamente à realização de formação nos últimos cinco anos, 83,3% (n=30) respondeu que participou de formações e 16,7% (n=6) respondeu que não participou em nenhuma formação (Tabela 7).

Tabela 7. Realização de formação nos últimos cinco anos

Formação nos últimos 5 anos	Frequência (n)	Percentagem (%)
Não	6	16,7

Sim	30	83,3
Total	36	100,0

Os fisioterapeutas que realizaram formação nos últimos 5 anos na área da neurologia (n=17, 47,2%), referiram a formação no Conceito Bobath 10 vezes e pós-graduação (neurofisioterapia; reabilitação neurológica) 6 vezes. A formação em Kabat e em Integração sensorial foram referidas apenas uma vez (Tabela 8).

Tabela 8. Formação na área da neurologia

Formação em neurologia	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Não	19	52,7
Sim	17	47,2
Total	36	100,0

Cruzando as respostas do motivo de internamento dos utentes acompanhados por cada fisioterapeuta com as respostas da formação em neurologia, obtemos que 41,7% (n=15) dos fisioterapeutas, que intervêm maioritariamente com utentes neurológicos, não tem formação específica em neurologia (Tabela 9).

Tabela 9. Tabela cruzada entre o motivo de internamento e a formação em neurologia

			Formação em Neurologia		Total
			Não	Sim	
Motivo de Internamento	Neurológico	N	15	13	28
		%	41,7%	36,1%	77,8%
	Musculo esquelético	N	2	4	6
		%	5,6%	11,1%	16,7%
	Outro motivo	N	2	0	2
		%	5,6%	0,0%	5,6%
Total	N	19	17	36	
	%	52,8%	47,2%	100,0%	

Em relação à leitura de artigos científicos, 58,3% (n=21) leu 1 a 5 artigos sobre reabilitação neurológica, 13,9% (n=5) leu mais de 16 artigos, 8,3% (n=3) leu 6 a 10 artigos, 5,6% (n=2) leu 11 a 15 artigos e 13,9% (n=5) não leu nenhum artigo sobre reabilitação neurológica no último ano (Tabela 10).

Tabela 10. Leitura de artigos científicos sobre reabilitação neurológica

Artigos científicos lidos	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Nenhum	5	13,9
1-5	21	58,3
6-10	3	8,3
11-15	2	5,6
>16	5	13,9
Total	36	100,0

No que diz respeito à necessidade de precisarem da avaliação do médico fisiatra para intervirem, apenas 13,9% (n=5) dos fisioterapeutas responderam afirmativamente, com 86,1% (n=31) a responderem que não necessitavam de uma avaliação de fisioterapia para intervir com os utentes (Tabela 11).

Tabela 11. Avaliação do Médico Fisiatra

Avaliação do Fisiatra	Frequência (n)	Percentagem (%)
Não	31	86,1
Sim	5	13,9
Total	36	100,0

Em relação à avaliação do utente, 47,2% (n=17) avalia-o no dia seguinte à sua admissão na UCCI, 30,6% (n=11) no próprio dia, 13,9% (n=5) dois dias depois da admissão e 8,3% (n=3) respondeu outro período (“Depende da história clínica associada”; “Quando o utente se encontra estável/integrado após admissão”; “No máximo 5 dias”) (Tabela 12).

Tabela 12. Avaliação do utente

Avaliação do Utente	Frequência (n)	Percentagem (%)
No próprio dia	11	30,6
No dia seguinte	17	47,2
Dois dias depois	5	13,9
Outra opção	3	8,3
Total	36	100,0

Durante a avaliação do utente, 38,9% (n=14) utiliza sempre escalas, 19,4% (n=7) utiliza quase sempre, 13,9% (n=5) utiliza na maioria das vezes, 13,9% (n=5) utiliza às vezes, 8,3% (n=3) utiliza raramente e apenas 5,6% (n=2) nunca utiliza qualquer tipo de escala (Tabela 13).

Tabela 13. Utilização de escalas de avaliação

Utilização de Escalas	Frequência (n)	Percentagem (%)
Nunca	2	5,6
Raramente	3	8,3
Às vezes	5	13,9
A maioria das vezes	5	13,9
Quase sempre	7	19,4
Sempre	14	38,9
Total	36	100,0

Relativamente às escalas, em média são utilizadas três escalas por avaliação, com um valor mínimo de zero e um valor máximo de sete escalas. Foram referidas como escalas utilizadas: a Escala de Equilíbrio de Berg 58,3% (n=21), a Medida de Independência Funcional 41,7% (n=15), o Índice de Barthel 41,7% (n=15), a Escala de Borg 25,0% (n=9), a Escala de Ashworth 22,2% (n=8), a Escala Visual Analógica da dor 22,2% (n=8), a *Postural Assessment Scale for Stroke Patients* 13,9% (n=5), a Escala de Equilíbrio de Tinetti 11,1% (n=4), a *Mini-*

Mental State Examination 5,5% (n=2), a Tabela Nacional de Funcionalidade 5,5% (n=2), o Índice de Katz 2,8% (n=1), a *Stroke Rehabilitation Assessment of Movement* 2,8% (n=1), a Escala Unificada da Avaliação da Doença de Parkinson 2,8% (n=1), Escala de Quedas de Morse 2,8% (n=1) e o Índice de Hauser 2,8% (n=1) Foi também referido pelos fisioterapeutas a utilização do *Timed Up and Go* 13,9% (n=5), do Teste de Marcha 10 Metros 2,8% (n=1) e do *Six Minute Walking Test* 2,8% (n=1).

No que diz respeito ao tempo de intervenção com cada utente, 41,7% (n=15) respondeu que dispõem de uma hora de intervenção, 36,1% (n=13) respondeu quarenta e cinco minutos e 22,2% (n=8) respondeu que dispõe de trinta minutos (Tabela 14).

Tabela 14. Tempo de intervenção

Tempo de Intervenção	Frequência (n)	Percentagem (%)
30min	8	22,2
45min	13	36,1
1h	15	41,7
Total	36	100,0

Questionados sobre a existência de tempo específico para a realização de registos e elaboração de planos individuais de intervenção, 55,6% (n=20) respondeu que não existia e 44,4% (n=16) respondeu que existia (Tabela 15).

Tabela 15. Registos e elaboração de planos individuais de intervenção

Tempo para registos	Frequência (n)	Percentagem (%)
Não	20	55,6
Sim	16	44,4
Total	36	100,0

Aprofundando a temática da fisioterapia neurológica, quando questionados sobre as abordagens terapêuticas utilizadas nos seus planos de tratamento com os utentes neurológicos, 25,0% (n=9) utiliza sempre o Conceito de Bobath, 58,3% (n=21) utiliza frequentemente, 11,1% (n=4) utiliza raramente e 5,6% (n=2) nunca utiliza (Tabela 17).

Ao cruzarem-se os resultados formação em Conceito Bobath e a utilização do mesmo conceito em utentes neurológicos, obtemos que 55,5% (n=20) dos fisioterapeutas que o utilizam sempre ou frequentemente, não obtiveram formação específica no conceito e que apenas 27,8% (n=10), dos que responderam as mesmas frequências, obtiveram formação no conceito (Tabela 16).

Tabela 16. Tabela cruzada entre a formação em Conceito Bobath e a utilização do mesmo

		Utilização do Conceito Bobath				Total	
		Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre		
Formação em Conceito Bobath	Não	N	2	4	16	4	26
		%	5,6%	11,1%	44,4%	11,1%	72,2%
	Sim	N	0	0	5	5	10

	%	0,0%	0,0%	13,9%	13,9%	27,8%
Total	N	2	4	21	9	36
	%	5,6%	11,1%	58,3%	25,0%	100,0%

Em relação a outras abordagens de neurodesenvolvimento, a *Brunnstrom Movement Therapy* é sempre utilizada por 5,6% (n=2), frequentemente por 13,9% (n=5), raramente por 19,4% (n=7), contudo, 61,1% (n=22) nunca usou e/ou não conhece a abordagem. A abordagem Carr & Shepherd é utilizada sempre por 13,9% (n=5), frequentemente por 25,0% (n=9), raramente por 22,2% (n=8) e 38,9% (n=14) nunca utiliza e/ou conhece a abordagem. O Método de Rood é frequentemente utilizado por 2,8% (n=1), raramente por 22,2% (n=8) e 75,0% (n=27) nunca utiliza e/ou desconhece o método. O método Margaret Johnstone é frequentemente utilizado por 16,7% (n=6), raramente por 27,8% (n=10) e 55,6% (n=20) nunca utiliza e/ou desconhece o conceito. Relativamente à Facilitação Neuromuscular Propriocetiva (PNF), 41,7% (n=15) utiliza sempre, 52,8% (n=19) frequentemente e 5,1% (n=2) raramente (Tabela 17).

Tabela 17. Utilização de abordagens de neurodesenvolvimento

		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Conceito Bobath	Nunca	2	5,6
	Raramente	4	11,1
	Frequentemente	21	58,3
	Sempre	9	25,0
	Total	36	100,0
Brunnstrom Movement Therapy	Não Conheço	16	44,4
	Nunca	6	16,7
	Raramente	7	19,4
	Frequentemente	5	13,9
	Sempre	2	5,6
	Total	36	100,0
Carr Shepherd	Não Conheço	12	33,3
	Nunca	2	5,6
	Raramente	8	22,2
	Frequentemente	9	25,0
	Sempre	5	13,9
	Total	36	100,0
Método de Rood	Não Conheço	19	52,8
	Nunca	8	22,2
	Raramente	8	22,2

		Frequentemente	1	2,8
		Total	36	100,0
Margaret Johnstone		Não Conheço	9	25,0
		Nunca	11	30,6
		Raramente	10	27,8
		Frequentemente	6	16,7
		Total	36	100,0
Facilitação	Neuromuscular	Raramente	2	5,6
		Frequentemente	19	52,8
	Proprioceptiva	Sempre	15	41,7
		Total	36	100,0

Relativamente à utilização de abordagens de integração sensorial e estimulação, 8,3% (n=3) dos fisioterapeutas utiliza sempre a Estimulação Rítmica Auditiva, 11,1% (n=4) frequentemente, 22,2% (n=8) raramente e 58,4% (n=21) nunca utiliza e/ou não conhece a abordagem. A Integração Sensorial de Ayres é utilizada sempre por 2,8% (n=1), frequentemente por 8,3% (n=3), raramente por 22,2% (n=8) e 66,6% (n=24) nunca utiliza e/ou não conhece a abordagem. A Estimulação/Treino Sensorial é sempre utilizada por 38,9% (n=14), frequentemente por 44,4% (n=16), raramente por 13,9% (n=5) e nunca por 2,8% (n=1). O Método de Affolter é utilizado sempre por 2,8% (n=1), raramente por 22,2% (n=8) e 75,0% (n=27) nunca utiliza e/ou não conhece o método. O Método de Perfetti é raramente utilizado por 27,8% (n=10) e 72,2% (n=26) nunca utiliza e/ou não conhece o método. O Método de Peto é utilizado frequentemente por 2,8% (n=1), raramente por 19,4% (n=7) e 77,7% (n=28) nunca utiliza e/ou não conhece o método (Tabela 18).

Tabela 18. Utilização de abordagens de integração sensorial e estimulação

		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Estimulação Rítmica Auditiva	Não Conheço	10	27,8
	Nunca	11	30,6
	Raramente	8	22,2
	Frequentemente	4	11,1
	Sempre	3	8,3
	Total	36	100,0
Integração sensorial de Ayres	Não Conheço	16	44,4
	Nunca	8	22,2
	Raramente	8	22,2

	Frequentemente	3	8,3
	Sempre	1	2,8
	Total	36	100,0
Estimulação/Treino Sensorial	Nunca	1	2,8
	Raramente	5	13,9
	Frequentemente	16	44,4
	Sempre	14	38,9
	Total	36	100,0
Método de Affolter	Não Conheço	17	47,2
	Nunca	10	27,8
	Raramente	8	22,2
	Sempre	1	2,8
	Total	36	100,0
Método de Perfetti	Não Conheço	18	50,0
	Nunca	8	22,2
	Raramente	10	27,8
	Total	36	100,0
Método de Peto	Não Conheço	21	58,3
	Nunca	7	19,4
	Raramente	7	19,4
	Frequentemente	1	2,8
	Total	36	100,0

Em relação a abordagens de reabilitação postural e biomecânica, a Reeducação Postural Global (RPG) é utilizada sempre por 25,0% (n=9), frequentemente por 33,3% (n=12), raramente por 27,8% (n=10) e nunca por 13,9% (n=5). A Manipulação, é utilizada sempre por 16,7% (n=6), frequentemente por 25,0% (n=9), raramente por 16,7% (n=6), e 41,7% (n=15) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A Massagem é utilizada sempre por 30,6% (n=11), frequentemente por 50,0% (n=18), raramente por 16,7% (n=6) e 2,8% (n=1) nunca utiliza. A Mobilização Passiva é utilizada sempre por 55,6% (n=20), frequentemente por 33,3% (n=12), raramente por 2,8% (n=1) e nunca por 8,3% (n=3). A Mobilização Ativa-Assistida é utilizada sempre por 61,1% (n=22), frequentemente por 36,1% (n=13) e raramente por 2,8% (n=1). A Mobilização Ativa é sempre utilizada por 61,1% (n=22), frequentemente por 36,1% (n=13) e raramente por 2,8% (n=1). A Terapia Miofascial é utilizada sempre por 30,6% (n=11),

frequentemente por 33,3% (n=12), raramente por 22,2% (n=8) e 13,9% (n=5) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem (Tabela 19).

Tabela 19. Utilização de abordagens de reabilitação postural e biomecânica

		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Reeducação Postural Global	Nunca	5	13,9
	Raramente	10	27,8
	Frequentemente	12	33,3
	Sempre	9	25,0
	Total	36	100,0
Manipulação	Não Conheço	1	2,8
	Nunca	14	38,9
	Raramente	6	16,7
	Frequentemente	9	25,0
	Sempre	6	16,7
	Total	36	100,0
Massagem	Nunca	1	2,8
	Raramente	6	16,7
	Frequentemente	18	50,0
	Sempre	11	30,6
	Total	36	100,0
Mobilização Passiva	Nunca	3	8,3
	Raramente	1	2,8
	Frequentemente	12	33,3
	Sempre	20	55,6
	Total	36	100,0
Mobilização Ativo assistida	Raramente	1	2,8
	Frequentemente	13	36,1
	Sempre	22	61,1
	Total	36	100,0
Mobilização Ativa	Raramente	1	2,8
	Frequentemente	13	36,1
	Sempre	22	61,1
	Total	36	100,0
Terapia Miofascial	Não Conheço	1	2,8

Nunca	4	11,1
Raramente	8	22,2
Frequentemente	12	33,3
Sempre	11	30,6
Total	36	100,0

Relativamente a abordagens de treino motor e funcional, os Alongamentos Musculares são utilizados sempre por 41,7% (n=15), frequentemente por 55,6% (n=20) e raramente por 2,8% (n=1). O Exercício Terapêutico é utilizado sempre por 75,0% (n=27) e frequentemente por 25,0% (n=9). O Fortalecimento Muscular tem percentagens de utilização semelhantes, com 72,2% (n=26) a utilizar sempre e 27,8% (n=10) a utilizar frequentemente. O Treino Bilateral é utilizado sempre por 50,0% (n=18), frequentemente por 41,7% (n=15) e raramente por 8,3% (n=3). O Treino de Força Funcional é utilizado sempre por 61,1% (n=22) e frequentemente por 38,9% (n=14). O Treino de Tarefas Especificas é sempre utilizado por 58,3% (n=21) e frequentemente por 41,7% (n=15). A Hidroterapia é sempre utilizada por 2,8% (n=1), frequentemente por 2,8% (n=1), raramente por 5,6% (n=2) e 88,9% (n=32) nunca utiliza. A *Body-Weight Supported Treadmill Training* (BWSTT) é utilizada frequentemente por 22,2% (n=8), raramente por 16,7% (n=6) e 61,1% (n=22) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A *Constraint Induced Movement Therapy* (CIMT) é utilizada sempre por 2,8% (n=1), frequentemente por 36,1% (n=13), raramente por 25,0% (n=9) e 36,1% (n=13) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A Restrição do Tronco é utilizada sempre por 19,4% (n=7), frequentemente por 13,9% (n=5), raramente por 19,4% (n=7) e nunca por 47,2% (n=17) (Tabela 20).

Tabela 20. Utilização de abordagens de treino motor e funcional

	Frequência (n)	Percentagem (%)	
Alongamentos	Raramente	1	2,8
	Frequentemente	20	55,6
	Sempre	15	41,7
	Total	36	100,0
Exercício terapêutico	Frequentemente	9	25,0
	Sempre	27	75,0
	Total	36	100,0
Fortalecimento muscular	Frequentemente	10	27,8
	Sempre	26	72,2
	Total	36	100,0
Treino bilateral	Raramente	3	8,3

	Frequentemente	15	41,7
	Sempre	18	50,0
	Total	36	100,0
Treino de força funcional	Frequentemente	14	38,9
	Sempre	22	61,1
	Total	36	100,0
Treino de tarefas específicas	Frequentemente	15	41,7
	Sempre	21	58,3
	Total	36	100,0
Hidroterapia	Nunca	32	88,9
	Raramente	2	5,6
	Frequentemente	1	2,8
	Sempre	1	2,8
	Total	36	100,0
<i>Body Weight Supported Treadmill Training</i>	Não Conheço	3	8,3
	Nunca	19	52,8
	Raramente	6	16,7
	Frequentemente	8	22,2
	Total	36	100,0
Restrição do tronco	Nunca	17	47,2
	Raramente	7	19,4
	Frequentemente	5	13,9
	Sempre	7	19,4
	Total	36	100,0
<i>Constraint Induced Movement Therapy</i>	Não Conheço	3	8,3
	Nunca	10	27,8
	Raramente	9	25,0
	Frequentemente	13	36,1
	Sempre	1	2,8
	Total	36	100,0

Em relação à utilização de meios eletrofísicos, a Estimulação Elétrica Funcional é sempre utilizada por 13,9% (n=5), frequentemente por 13,9% (n=5), raramente por 33,3% (n=12) e 38,9% (n=14) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A Estimulação Elétrica Neuromuscular é sempre utilizada por 13,9% (n=5), frequentemente por 22,2% (n=8),

raramente por 25,0% (n=9) e 38,9% (n=14) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A Estimulação Elétrica Transcraniana é raramente utilizada por 2,8% (n=1) e 97,2% (n=35) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. Relativamente à Estimulação Magnética Transcraniana, 100% (n=36) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. O *Biofeedback* é sempre utilizado por 11,1% (n=4), frequentemente por 5,6% (n=2), raramente por 19,4% (n=7) e 63,9% (n=23) nunca e/ou desconhece a abordagem. A Estimulação Elétrica Neuromuscular Transcutânea (TENS) é sempre utilizada por 13,9% (n=5), frequentemente por 27,8% (n=10), raramente por 30,6% (n=11) e 27,8% (n=10) nunca utiliza. A *Electromyography biofeedback* é sempre utilizada por 11,1% (n=4), frequentemente por 5,6% (n=2), raramente por 25,0% (n=9) e 58,3% (n=21) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A Fototerapia (Laser/Infravermelhos) é frequentemente utilizada por 2,8% (n=1), raramente por 27,8% (n=10) e 69,4% (n=25) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. O Ultrassom é sempre utilizado por 13,9% (n=5), frequentemente por 11,1% (n=4), raramente por 36,1% (n=13) e 38,9% (n=14) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. O recurso a calor (seco e/ou húmido) é utilizado sempre por 19,4% (n=7), frequentemente por 36,1% (n=13), raramente por 30,6% (n=11) e nunca por 13,9% (n=5). No caso do frio (seco, húmido e/ou gelo), 16,7% (n=6) utiliza sempre, 36,1% (n=13) frequentemente, 30,6% (n=11) raramente e 16,7% (n=6) nunca utiliza (Tabela 21).

Tabela 21. Utilização de meios eletrofísicos

		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Estimulação Elétrica Funcional	Não Conheço	1	2,8
	Nunca	13	36,1
	Raramente	12	33,3
	Frequentemente	5	13,9
	Sempre	5	13,9
	Total	36	100,0
Estimulação Elétrica Neuromuscular	Não Conheço	1	2,8
	Nunca	13	36,1
	Raramente	9	25,0
	Frequentemente	8	22,2
	Sempre	5	13,9
	Total	36	100,0
Estimulação Elétrica Transcraniana	Não Conheço	5	13,9
	Nunca	30	83,3
	Raramente	1	2,8

	Total	36	100,0
Estimulação Magnética	Não Conheço	5	13,9
Transcraniana	Nunca	31	86,1
	Total	36	100,0
Biofeedback	Não Conheço	1	2,8
	Nunca	22	61,1
	Raramente	7	19,4
	Frequentemente	2	5,6
	Sempre	4	11,1
	Total	36	100,0
TENS	Nunca	10	27,8
	Raramente	11	30,6
	Frequentemente	10	27,8
	Sempre	5	13,9
	Total	36	100,0
EMG Biofeedback	Não Conheço	4	11,1
	Nunca	17	47,2
	Raramente	9	25,0
	Frequentemente	2	5,6
	Sempre	4	11,1
	Total	36	100,0
Fototerapia	Não Conheço	3	8,3
	Nunca	22	61,1
	Raramente	10	27,8
	Frequentemente	1	2,8
	Total	36	100,0
Ultrassom	Não Conheço	1	2,8
	Nunca	13	36,1
	Raramente	13	36,1
	Frequentemente	4	11,1
	Sempre	5	13,9
	Total	36	100,0
Calor	Nunca	5	13,9
	Raramente	11	30,6

	Frequentemente	13	36,1
	Sempre	7	19,4
	Total	36	100,0
Frio	Nunca	6	16,7
	Raramente	11	30,6
	Frequentemente	13	36,1
	Sempre	6	16,7
	Total	36	100,0

Relativamente utilização de abordagens cognitivas e perceptuais, a Imaginação Motora é utilizada sempre por 25,0% (n=9), frequentemente por 25,0% (n=9), raramente por 19,4% (n=7) e 30,6% (n=11) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. No caso da Observação da Ação, 41,7% (n=15) utiliza sempre, 25,0% (n=9) frequentemente, 19,4% (n=7) raramente e 13,9% (n=5) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. A Realidade Virtual é frequentemente utilizada por 2,8% (n=1), raramente por 8,3% (n=3) e 88,9% (n=32) nunca utiliza e /ou desconhece a abordagem. A Terapia pelo Espelho é sempre utilizada por 16,7% (n=6), frequentemente por 25,0% (n=9), raramente por 27,8% (n=10) e 30,6% (n=11) nunca utiliza (Tabela 22).

Tabela 22. Utilização de abordagens cognitivas e perceptuais

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Imaginação Motora	Não Conheço	2	5,6
	Nunca	9	25,0
	Raramente	7	19,4
	Frequentemente	9	25,0
	Sempre	9	25,0
	Total	36	100,0
Observação da Ação	Não Conheço	2	5,6
	Nunca	3	8,3
	Raramente	7	19,4
	Frequentemente	9	25,0
	Sempre	15	41,7
	Total	36	100,0
Realidade Virtual	Não Conheço	2	5,6
	Nunca	30	83,3
	Raramente	3	8,3

	Frequentemente	1	2,8
	Total	36	100,0
Terapia pelo Espelho	Nunca	11	30,6
	Raramente	10	27,8
	Frequentemente	9	25,0
	Sempre	6	16,7
	Total	36	100,0

Em relação à utilização de outras abordagens complementares, o recurso a Educação/Aconselhamento é utilizado sempre por 69,4% (n=25) e frequentemente por 30,6% (n=11). As Ortóteses são sempre utilizadas por 22,2% (n=8), frequentemente por 33,3% (n=12), raramente por 36,1% (n=13) e 8,3% (n=3) nunca utiliza. As Bandas Neuromusculares são sempre utilizadas por 16,7% (n=6), frequentemente por 27,8% (n=10), raramente por 25,0% (n=9) e 30,6% (n=11) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem. As Terapias Tradicionais Chinesas são raramente utilizadas por 5,6% (n=2) e 94,4% (n=34) nunca utiliza e/ou desconhece a abordagem (Tabela 23).

Tabela 23. Utilização de abordagens complementares

		Frequência (n)	Porcentagem (%)
Educação/Aconselhamento	Frequentemente	11	30,6
	Sempre	25	69,4
	Total	36	100,0
Órtoses	Nunca	3	8,3
	Raramente	13	36,1
	Frequentemente	12	33,3
	Sempre	8	22,2
	Total	36	100,0
Bandas Neuromusculares	Não Conheço	1	2,8
	Nunca	10	27,8
	Raramente	9	25,0
	Frequentemente	10	27,8
	Sempre	6	16,7
	Total	36	100,0
Terapias tradicionais chinesas	Não Conheço	7	19,4
	Nunca	27	75,0
	Raramente	2	5,6

Discussão

Os resultados deste estudo permitem criar um perfil referente à amostra de fisioterapeutas que exercem funções nas UCCI, sendo que se caracterizam por terem entre 31 e 40 anos, serem licenciados, intervirem maioritariamente em UMDR numa alocação fixa, não necessitarem de avaliação de médico fisiatra para intervir, avaliarem o utente no dia seguinte à admissão, utilizarem, em média, três escalas na avaliação do utente e não dispõem de tempo no horário para realizar registos e planos individuais de intervenção. Estes fisioterapeutas intervêm maioritariamente em condições neurológicas, dispõem de quarenta e cinco minutos a uma hora para intervir com o utente, sentem que as suas funções e área de saber são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar quase sempre, realizaram formação nos últimos cinco anos, leram 1 a 5 artigos no último ano e utilizam sempre ou frequentemente nas suas sessões: Exercício Terapêutico; Fortalecimento Muscular; Educação/ Aconselhamento; Treino de Força Funcional, Mobilização Ativa; Mobilização Ativa Assistida; Treino de Tarefas Específicas; Mobilização Passiva; Alongamento Muscular; PNF.

Constatou-se que existem 130 fisioterapeutas a exercer funções em 43 (2237 camas) das 48 instituições da ARSLVT, um valor superior aos 111 encontrados por Carvalho¹⁵, no seu estudo existia um rácio de 111 fisioterapeutas para 1381 camas. Ou seja, existiu um aumento de 17% no número absoluto de fisioterapeutas, mas uma descida na proporção de fisioterapeutas em relação ao número de camas disponíveis¹⁵. De salientar o facto de que em 2019 não existiam UCCI sem fisioterapeutas¹⁵ e, neste momento, essa situação já se verifica, uma vez que foi encontrada uma UCCI que não tem ligação com nenhum fisioterapeuta aquando do contacto telefónico. Este ligeiro aumento do número de fisioterapeutas que não acompanhou o aumento de camas vai de encontro elevado défice de profissionais em CC, relatado pela Comissão Europeia sobre Portugal^{18,19}.

Em relação aos dados sociodemográficos, estes dados vão de encontro ao perfil do fisioterapeuta disponibilizado pela Ordem dos Fisioterapeutas²⁰, onde é referido que a média de idades é de 33 anos.

Em relação às habilitações literárias, existe um nível educacional relativamente baixo entre os fisioterapeutas da amostra. Segundo a Ordem dos Fisioterapeutas²⁰, 96% dos fisioterapeutas obteve a licenciatura na sua formação inicial ou adquiriu-a após o bacharelato.

Em relação ao respeito pelas funções do fisioterapeuta, a maioria dos participantes relatou sentir que as suas funções e área de conhecimento são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar. Esses resultados indicam um nível geral de reconhecimento e valorização das funções dos fisioterapeutas no contexto de trabalho. Em sentido contrário,

Sturm et al.²¹, num estudo a nível mundial, concluiu que existe falta de reconhecimento do papel e da posição do fisioterapeuta nos serviços de saúde, relatando que as suas competências são subestimadas ou que o seu âmbito de intervenção é desconhecido²¹.

Relativamente à realização de formação nos últimos cinco anos, a maioria dos fisioterapeutas afirmou ter participado em formações, indicando uma procura pela atualização e aprimoramento profissional. Segundo a Ordem dos Fisioterapeutas²⁰ cada fisioterapeuta tem uma média de 2 formações complementares. No entanto, no que se refere à formação na área da neurologia, 47,2% dos fisioterapeutas realizaram algum tipo de formação nesse campo. A formação no Conceito Bobath foi a mais referida, seguida por pós-graduação. Neste sentido, um estudo de DeVahl et al.²² aponta que é fundamental que os profissionais de saúde mantenham e desenvolvam os conhecimentos e competências necessárias ao longo dos anos. Segundo o mesmo estudo, existe uma correlação entre a aprendizagem ao longo da vida e o nível de satisfação com a carreira²².

Relativamente ao internamento dos utentes e à tipologia de intervenção dos fisioterapeutas, observou-se que a maioria dos participantes respondeu que o motivo para os seus utentes terem sido internados era neurológico. Isso indica que a amostra é composta principalmente por fisioterapeutas que intervêm com utentes com condições neurológicas, o que reforça a importância da formação especializada nessa área. Quanto à tipologia de intervenção, verificou-se que a maioria dos fisioterapeutas atua principalmente na UMDR. Esses dados revelam a diversidade de contextos de atuação dos fisioterapeutas e destacam a importância de adaptar as abordagens terapêuticas de acordo com cada tipologia de unidade.

Ao questionar os participantes sobre a alocação às tipologias, a maioria respondeu que a alocação é fixa, ou seja, eles são designados para uma tipologia específica de unidade de cuidados.

Em relação à necessidade de avaliação do médico fisiatra antes de intervir, observou-se que apenas uma pequena proporção dos fisioterapeutas respondeu afirmativamente. Isso sugere que a maioria das Unidades permite que os fisioterapeutas exerçam as suas funções de forma autónoma. Essa autonomia pode ser reflexo da sua experiência, conhecimentos e compreensão das necessidades dos utentes. Quanto ao momento da avaliação do utente, verificou-se que a maioria dos fisioterapeutas avalia o utente no dia seguinte à sua admissão na UCCI.

No que diz respeito ao uso de escalas durante a avaliação, observou-se uma variedade de práticas. Aproximadamente metade dos fisioterapeutas utiliza escalas de avaliação sempre ou quase sempre. Esses resultados indicam uma tendência geral para o uso de escalas, mas também sugerem uma certa flexibilidade na abordagem, permitindo a adaptação às necessidades e características individuais de cada utente. São vários os estudos^{23,24} que mostram que há maior recurso a instrumentos de medida como as escalas, consoante é maior

o grau acadêmico do fisioterapeuta; no estudo de Braun et al.²³, por exemplo, foi identificado que os fisioterapeutas com um grau acadêmico superior têm 4,81 vezes maior probabilidade de utilizarem instrumentos de medida em pelo menos 80% dos seus utentes. De forma semelhante, Al-Muqiren et al.²⁴, verificaram que fisioterapeutas com o grau acadêmico de mestre apresentam 3,5 vezes maior probabilidade de utilizar estes instrumentos. Nesse estudo, concluíram também que os fisioterapeutas com uma experiência entre 3 e 5 anos e 6 e 10 anos, têm 2,9 e 2,7 vezes maior probabilidade de utilizar instrumentos de medida, respetivamente, comparativamente aos profissionais recém-licenciados, isto é, com menos de 3 anos de experiência profissional²⁴.

Quanto ao número de escalas utilizadas por avaliação, a média foi de três escalas, com um valor mínimo de zero e um valor máximo de sete escalas. Essa variação provavelmente reflete as preferências e necessidades individuais de cada fisioterapeuta, bem como a complexidade e diversidade dos casos atendidos.

Questionados sobre a existência de tempo específico dentro do horário de trabalho para a realização de registos e elaboração de planos individuais de intervenção, a maioria dos fisioterapeutas respondeu que não. Isso sugere que os profissionais não dispõem de um período designado para realizar essas tarefas, o que pode interferir na realização de um planeamento de intervenção eficiente.

Relativamente ao tempo de intervenção com cada utente, os resultados mostram que 41,7% dos fisioterapeutas têm uma hora disponível para cada sessão, 36,1% dispõem de 45 minutos e 22,2% têm 30 minutos. Esses dados podem refletir diferentes dinâmicas organizacionais entre as diferentes unidades. Porém, em parte, estes dados vão ao encontro da recomendação da *Royal College of London* de que utentes com patologia neurológica devem realizar sessões de, pelo menos, 45 minutos⁹.

Este estudo investigou as abordagens terapêuticas utilizadas pelos fisioterapeutas nos seus planos de tratamento com utentes neurológicos. Os resultados indicam que o Conceito de Bobath é amplamente utilizado, com 25% dos fisioterapeutas sempre a utilizarem-no e 58,3% frequentemente a utilizá-lo. Por outro lado, a abordagem *Brunnstrom Movement Therapy* é menos conhecida e utilizada, com apenas 5,6% dos fisioterapeutas sempre a utilizando. Outras abordagens, como Carr e Shepherd, Margaret Johnstone, Método de Affolter, Método de Perfetti, Método de Peto e Método de Rood, apresentam variações na sua utilização. Estes resultados indicam uma diversidade de práticas terapêuticas entre os profissionais que constituíram a amostra. No mesmo sentido, Francisco²⁵ através de uma revisão da literatura constatou que aqueles que utilizaram terapias combinadas tem melhores resultados do que os que utilizaram terapias individuais²⁵.

Relativamente à utilização de diferentes abordagens pelos fisioterapeutas que participaram neste estudo, e considerando apenas a frequência de utilização Sempre e Frequentemente,

verifica-se que as dez abordagens mais utilizadas são: o Exercício Terapêutico (100%); o Fortalecimento Muscular (100%); a Educação/Aconselhamento (100%); o Treino de Força Funcional (100%); o Treino de Tarefas Específicas (100%); a Mobilização Ativa (97,2%); a Mobilização Ativa Assistida (97,2%); o Alongamento Muscular (97,3%); o PNF (94,5%); a Mobilização Passiva (88,9%). A preferência por este tipo de abordagens vai ao encontro aos resultados encontrados no estudo de Vieira²⁴, no qual a Mobilização Passiva é utilizada por 100% dos fisioterapeutas, o Treino de Tarefas Específicas por 94,1%, a PNF por 85,4%, os Alongamentos Musculares por 82,8% e, por fim, a Educação utilizada por 82,8% dos profissionais¹¹.

A panóplia de abordagens mais utilizadas vai ao encontro de Pollock et al.¹², que defende que os tratamentos devem ser baseados em evidência, tendo como base a avaliação individual do utente e levando em consideração todas as técnicas de tratamento disponíveis, em função das habilidades e experiência do fisioterapeuta. Contudo, o facto de nestas abordagens estarem presentes abordagens tidas como passivas, pode levar ao reforço do estereótipo de que a fisioterapia apenas utiliza abordagens passivas²¹.

Conclusão

Observou-se que a maioria dos fisioterapeutas se enquadra nas faixas etárias de 20 a 40 anos, com a maioria dos participantes a possuir níveis educacionais básicos, com a licenciatura sendo a formação mais comum.

No geral, os fisioterapeutas relataram sentir que as suas funções e área de conhecimento são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar. A maioria também participou de formações nos últimos cinco anos, no entanto, quando se trata de formação na área da neurologia, apenas uma parcela dos participantes realizou algum tipo de formação específica nesse campo.

A amostra de fisioterapeutas inquiridos é composta principalmente por profissionais que trabalham com utentes neurológicos. Além disso, os fisioterapeutas atuam em diferentes tipos de unidades, com a maioria deles sendo alocados de forma fixa a uma tipologia específica de unidade de cuidados.

Os fisioterapeutas relataram, na maioria, não ter um tempo específico dentro do horário de trabalho para a realização de registos e elaboração de planos individuais de intervenção. Em relação ao tempo de intervenção com cada utente, houve variação, com a maioria dos fisioterapeutas dispondo entre 45 minutos a hora para cada sessão.

Diversas abordagens terapêuticas foram mencionadas pelos fisioterapeutas. Contudo, estes preferem recorrer a abordagens mais relacionadas com o treino motor e funcional.

Em relação a futuros estudos dentro desta temática, seria pertinente perceber o motivo da baixa percentagem de fisioterapeutas com formação na área da neurologia, sendo que existe um elevado número de utente neurológicos por fisioterapeuta.

Visto ter sido identificada uma instituição que não detinha ligação a um fisioterapeuta na(s) sua(s) unidade(s), seria benéfico identificar o motivo, por exemplo, questões demográficas, salariais e/ou ausência de candidatos.

Foi detetada uma diminuição relativa do número de fisioterapeutas em relação ao número de camas, pelo que seria pertinente averiguar se esta diminuição põe em causa a recomendação da RNCCI relativamente ao número de horas semanais de fisioterapia.

Por fim, seria relevante perceber o que condiciona/motiva a utilização de escalas, por exemplo, se a utilização de escalas se deve a uma opção individual ou a uma imposição institucional.

Referências

1. Lopes H, Mateus C, Hernández-Quevedo C. Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges. *Health Policy* (New York) [Internet]. 2018;122(3):210–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.001>
2. Entidade Reguladora da Saúde. Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. 2013;1–97.
3. ACSS. Listagem das Unidades da RNCCI [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/2017/07/11/listagem-das-unidades-da-rncci/>
4. ACSS. Monitorização da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-Anual-2020-VF.pdf>
5. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. Unidade Missão para os Cuid Contin Integr [Internet]. 2007; Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Unidades-Reabilitacao-de-AVC.pdf>
6. Ministério da Saúde. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. M do Trab Solidar e segurança Soc [Internet]. 2016;1–28. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Oficial-Anexo-III.pdf>
7. APFisio. Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas em Cuidados Continuados. 2019; Disponível em: <http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2020/12/Integracao-dos-Fisioterapeutas-em-Cuidados-Continuados.pdf>
8. Ivo Castro. Acidente Vascular Cerebral em Portugal: Reabilitação. 2013;1–31. Disponível

em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72123>

9. NICE. Stroke rehabilitation in adults: Clinical guideline. Natl Inst Heal Care Excell [Internet]. 2013;(June 2013):1–39. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/chapter/1-Recommendations#communication>
10. Panturin E. Bases of practice in neurological physiotherapy. *Physiother Res Int*. 1997;2(4):272. DOI: 10.1002/pri.114
11. Vieira A. Clinical Rehabilitation of Upper Limb in Chronic Stroke in Portugal. 2016;3(1):124–31. DOI: 10.15621/ijphy/2016/v3i1/88927
12. Pollock A, Baer G, Campbell P, Pi C, Forster A, Morris J, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke (Review). 2014; DOI: 10.1002/14651858.CD001920.pub3
13. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria contínua. 2011; Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Manual-do-Prestador-RNCCI20-03-2015.pdf>
14. APFisio. Contributo para o Plano Nacional de Saúde. 2010; Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/apf.pdf>
15. Carvalho AFJ. Caracterização da Fisioterapia nas Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Instituto Politécnico de Lisboa; 2019.
16. Sterke S, Nascimento da Cunha AP, Oomen H, Voogt L, Goumans M. Physiotherapy in nursing homes. A qualitative study of physiotherapists' views and experiences. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):1–9. DOI <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02080-6>
17. Leemrijse CJ, De Boer ME, Van Den Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J. Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents; a cross sectional study. *BMC Geriatr*. 2007;7:1–9. DOI <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-7>
18. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I. Publications Office; 2021. Available from: [doi/10.2767/677726](https://doi.org/10.2767/677726)
19. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles. Publications Office; 2021. Available from: [doi/10.2767/183997](https://doi.org/10.2767/183997)
20. Gabinete de Estudos e Planeamento. Perfil Profissional do Fisioterapeuta em Portugal – 2023. [Internet]. 2022 [citado 9 de junho de 2023]. Disponível em: <https://ordemdosFisioterapeutas.pt/wp-content/uploads/2023/03/Relatorio-do-Perfil-Profissional-do-Fisioterapeuta.pdf>
21. Andrea Sturm, Ian Edwards, Caroline Elizabeth Fryer & Roswith Roth (2023) (Almost) 50 shades of na ethical situation — international physiotherapists' experiences of everyday ethics: a qualitative analysis, *Physiotherapy Theory and Practice*, 39:2, 351-368, DOI:

10.1080/09593985.2021.2015812

22. DeVahl JM, Mulligan EP, Simpkins SD, Hynan LS. Physical Therapists' Perspectives on Lifelong Learning. *J Allied Health*. 2020;49(3):215-220.
23. Braun T, Rieckmann A, Weber F, Grüneberg C. Current use of measurement instruments by physiotherapists working in Germany: A cross-sectional online survey. *BMC Health Services Research*, 2018; 18(1): 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3563-2>
24. Al-Muqiren TN, Al-Eisa ES, Alghadir AH, Anwer S. Implementation and use of standardized outcome measures by physical therapists in Saudi Arabia: Barriers, facilitators and perceptions. *BMC Health Services Research*. 2017; 17(1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2693-2>
25. Francisco SE. Modelos de intervenção em Fisioterapia nos pacientes com espasticidade pós AVC: Revisão da Literatura. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/10090>

Discussão

Os resultados deste estudo permitem criar um perfil referente à amostra de fisioterapeutas que exercem funções nas UCCI, sendo que se caracterizam por terem entre 31 e 40 anos, serem licenciados, intervirem maioritariamente em UMDR numa alocação fixa, não necessitarem de avaliação de médico fisiatra para intervir, avaliarem o utente no dia seguinte à admissão, utilizarem, em média, três escalas na avaliação do utente e não dispõem de tempo no horário para realizar registos e planos individuais de intervenção. Estes fisioterapeutas intervêm maioritariamente em condições neurológicas, dispõem de quarenta e cinco minutos a uma hora para intervir com o utente, sentem que as suas funções e área de saber são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar /interdisciplinar quase sempre, realizaram formação nos últimos cinco anos, leram 1 a 5 artigos no último ano e utilizam sempre ou frequentemente: Exercício Terapêutico; Fortalecimento Muscular; Educação/Aconselhamento; Treino de Força Funcional, Mobilização Ativa; Mobilização Ativa Assistida; Treino de Tarefas Específicas; Mobilização Passiva; Alongamento Muscular; PNF.

Constatou-se que existem 130 fisioterapeutas a exercer funções em 43 (2237 camas) das 48 instituições da ARSLVT, um valor superior aos 111 encontrados por Carvalho (22), no seu estudo existia um rácio de 111 fisioterapeutas para 1381 camas. Ou seja, existiu um aumento de 17% no número absoluto de fisioterapeutas, mas uma descida na proporção de fisioterapeutas em relação ao número de camas disponíveis(22). De salientar o facto de que em 2019 não existiam UCCI sem fisioterapeutas(22) e, neste momento, essa situação já se verifica, uma vez que foi encontrada uma UCCI que não tem ligação com nenhum fisioterapeuta aquando do contacto telefónico. Este ligeiro aumento do número de fisioterapeutas que não acompanhou o aumento de camas vai de encontro elevado défice de profissionais em CC, relatado pela Comissão Europeia sobre Portugal(20,21).

Em relação aos dados sociodemográficos, no que diz respeito à idade dos fisioterapeutas, a maioria situa-se na faixa etária entre 31 e 40 anos, seguida pela faixa etária entre 20 e 30 anos, o que pode refletir a tendência atual de jovens fisioterapeutas a ingressarem profissionalmente nas UCCI. Estes dados vão de encontro ao perfil do fisioterapeuta disponibilizado pela Ordem dos Fisioterapeutas (28), onde é referido que a média de idades é de 33 anos.

Em relação às habilitações literárias, a maioria dos participantes (56,4%) tem o grau licenciatura, seguida por 28,2% com pós-graduação, 10,3% com mestrado e apenas 5,1% com bacharelato. Esta distribuição indica um nível educacional básico entre os fisioterapeutas da amostra. Segundo a Ordem dos Fisioterapeutas (28), 96% dos fisioterapeutas obteve a licenciatura na sua formação inicial ou adquiriu-a após o bacharelato.

No que diz respeito ao respeito pelas funções do fisioterapeuta, a maioria dos participantes relatou sentir que as suas funções e área de conhecimento são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar. Esses resultados indicam um nível geral de reconhecimento e valorização das funções dos fisioterapeutas no contexto de trabalho. Em sentido contrário, Sturm et al. (29), num estudo a nível mundial, concluiu que existe falta de reconhecimento do papel e da posição do fisioterapeuta nos serviços de saúde, relatando que as suas competências são subestimadas ou que o seu âmbito de intervenção é desconhecido(29).

Relativamente à realização de formação nos últimos cinco anos, a maioria dos fisioterapeutas (83,3%) afirmou ter participado em formações, indicando uma procura pela atualização e aprimoramento profissional. Segundo a Ordem dos Fisioterapeutas (28) cada fisioterapeuta tem uma média de 2 formações complementares. No entanto, no que se refere à formação na área da neurologia, apenas 47,2% dos fisioterapeutas realizaram algum tipo de formação nesse campo. A formação no Conceito Bobath foi a mais referida, seguida por pós-graduação em neurofisioterapia. Neste sentido, um estudo de DeVahl et al. (30) aponta que é fundamental que os profissionais de saúde mantenham e desenvolvam os conhecimentos e competências necessárias ao longo dos anos. A Escala de Jefferson, de Aprendizagem ao Longo da Vida, foi utilizada num questionário preenchido por 540 fisioterapeutas, sendo que existe uma correlação entre a aprendizagem ao longo da vida e o nível de satisfação com a carreira(30).

Relativamente ao internamento dos utentes e à tipologia de intervenção dos fisioterapeutas, observou-se que a maioria dos participantes (77,8%) respondeu que o motivo para os utentes terem sido internados era neurológico. Isso indica que a amostra é composta principalmente por fisioterapeutas que intervêm com utentes com condições neurológicas, o que reforça a importância da formação especializada nessa área.

Quanto à tipologia de intervenção, verificou-se que a maioria dos fisioterapeutas (46,2%) atua principalmente na UMDR. Esses dados revelam a diversidade de contextos de atuação dos fisioterapeutas e destacam a importância de adaptar as abordagens terapêuticas de acordo com cada tipologia de unidade.

Ao questionar os participantes sobre a alocação às tipologias, a maioria (75,0%) respondeu que a alocação é fixa, ou seja, eles são designados para uma tipologia específica de unidade de cuidados.

Em relação à necessidade de avaliação do médico fisiatra antes de intervir, observou-se que apenas uma pequena proporção dos fisioterapeutas (12,8%) respondeu afirmativamente. Isso sugere que a maioria das Unidades permite que os fisioterapeutas exerçam as suas funções de forma autónoma. Essa autonomia pode ser reflexo da sua experiência, conhecimentos e compreensão das necessidades dos utentes. Quanto ao momento da avaliação do utente, verificou-se que a maioria dos fisioterapeutas (47,2%) avalia o utente no dia seguinte à sua admissão na UCCI.

No que diz respeito ao uso de escalas durante a avaliação, observou-se uma variedade de práticas. Aproximadamente metade dos fisioterapeutas utiliza escalas sempre (38,9%) ou quase sempre (19,4%). Esses resultados indicam uma tendência geral para o uso de escalas, mas também sugerem uma certa flexibilidade na abordagem, permitindo a adaptação às necessidades e características individuais de cada utente. São vários os estudos (31,32) que mostram que há maior recurso a instrumentos de medida como as escalas, consoante é maior o grau académico do fisioterapeuta; no estudo de Braun et al. (31), por exemplo, foi identificado que os fisioterapeutas com um grau académico superior têm 4,81 vezes maior probabilidade de utilizarem instrumentos de medida em pelo menos 80% dos seus utentes(31). De forma semelhante, Al-Muqiren et al. (32) verificaram que fisioterapeutas com o grau académico de mestre apresentam 3,5 vezes maior probabilidade de utilizar estes instrumentos. Nesse estudo, concluíram também que os fisioterapeutas com uma experiência entre 3 e 5 anos e 6 e 10 anos, têm 2,9 e 2,7 vezes maior probabilidade de utilizar instrumentos de medida, respetivamente, comparativamente aos profissionais recém-licenciados, isto é, com menos de 3 anos de experiência profissional(32).

Quanto ao número de escalas utilizadas por avaliação, a média foi de três escalas, com um valor mínimo de zero e um valor máximo de sete escalas. Essa variação provavelmente reflete as preferências e necessidades individuais de cada fisioterapeuta, bem como a complexidade e diversidade dos casos atendidos.

Questionados sobre a existência de tempo específico dentro do horário de trabalho para a realização de registos e elaboração de planos individuais de intervenção, a maioria dos fisioterapeutas (55,6%) respondeu que não. Isso sugere que mais da metade dos profissionais não dispõe de um período designado para realizar essas tarefas, o que pode interferir na realização de um planeamento de intervenção eficiente.

Relativamente ao tempo de intervenção com cada utente, os resultados mostram que 41,7% dos fisioterapeutas têm uma hora disponível para cada sessão, 36,1% dispõem de 45 minutos e 22,2% têm 30 minutos. Esses dados podem refletir diferentes dinâmicas organizacionais entre as diferentes unidades. Porém, em parte, estes dados vão ao encontro da recomendação da *Royal College of London* de que utentes com patologia neurológica devem realizar sessões de, pelo menos, 45 minutos(16).

Este estudo investigou as abordagens terapêuticas utilizadas pelos fisioterapeutas nos seus planos de tratamento com utentes neurológicos. Os resultados indicam que o Conceito de Bobath é amplamente utilizado, com 25% dos fisioterapeutas sempre a utilizarem-no e 58,3% frequentemente a utilizá-lo. Por outro lado, a abordagem *Brunnstrom Movement Therapy* é menos conhecida e utilizada, com apenas 5,6% dos fisioterapeutas sempre a utilizando. Outras abordagens, como Carr e Shepherd, Margaret Johnstone, Método de Affolter, Método de Perfetti, Método de Peto e Método de Rood, apresentam variações na sua utilização. Estes resultados indicam uma diversidade de práticas terapêuticas entre os profissionais que constituíram a amostra. No mesmo sentido, Francisco (33) através de uma revisão da literatura constatou que aqueles que utilizaram terapias combinadas tem melhores resultados do que os que utilizaram terapias individuais. As técnicas mais utilizadas nos estudos abordados na revisão da literatura de Francisco (33) foram: Estimulação Elétrica Funcional, Estimulação Elétrica Neuromuscular, Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea, Estimulação Elétrica Neuromuscular, Intervenção segundo o conceito Bobath, PNF, CIMT, Terapia pelo espelho, terapia por vibração e Intervenção utilizando tarefas orientadas.

Quanto à utilização de estimulação artificial nos utentes neurológicos, os resultados mostram que a Estimulação Elétrica Funcional é utilizada por 13,9% dos fisioterapeutas sempre e por 13,9% frequentemente. A Estimulação Elétrica Neuromuscular também é utilizada com frequência, sendo sempre utilizada por 13,9% dos profissionais e frequentemente por 22,2%. Já a Estimulação Elétrica Transcraniana é pouco utilizada, com 97,2% dos fisioterapeutas nunca a tendo utilizado ou desconhecendo-a. A Estimulação Magnética Transcraniana é desconhecida por todos os fisioterapeutas abordados.

No que diz respeito a outros meios eletrofísicos, o *Biofeedback* é pouco utilizado, com 63,9% dos fisioterapeutas a nunca o utilizarem ou a desconhecerem-no. Apesar da amostra deste estudo não recorrer de forma significativa a estas técnicas de estimulação, Silva (40) refere que estratégias mais utilizadas pelos fisioterapeutas, na

fase pós-aguda, incluem a terapia motora induzida pela restrição do uso do membro saudável, *biofeedback*, treino eletromecânico da marcha e a estimulação elétrica funcional, que estimulam o cérebro à reorganização e recuperação das funções(34).

Relativamente à utilização de diferentes abordagens pelos fisioterapeutas que participaram neste estudo, e considerando apenas a frequência de utilização Sempre e Frequentemente, verifica-se que as dez abordagens mais utilizadas são: o Exercício Terapêutico (100%); o Fortalecimento Muscular (100%); a Educação/Aconselhamento (100%); o Treino de Força Funcional (100%); o Treino de Tarefas Especificas (100%); a Mobilização Ativa (97,2%); a Mobilização Ativa Assistida (97,2%); o Alongamento Muscular (97,3%); o PNF (94,5%); a Mobilização Passiva (88,9%). A preferência por este tipo de abordagens vai ao encontro aos resultados encontrados no estudo de Vieira (24), no qual a Mobilização Passiva é utilizada por 100% dos fisioterapeutas, o Treino de Tarefas Especificas por 94.1%, a PNF por 85,4%, os Alongamentos Musculares por 82,8% e, por fim, a Educação utilizada por 82,8% dos profissionais(18).

A panóplia de abordagens mais utilizadas vai ao encontro de Pollock et al. (19), que defende que os tratamentos devem ser baseados em evidência, tendo como base a avaliação individual do utente e levando em consideração todas as técnicas de tratamento disponíveis, em função das habilidades e experiência do fisioterapeuta. Contudo, o facto de nestas abordagens estarem presentes abordagens tidas como passivas, pode levar ao reforço do estereótipo de que a fisioterapia apenas utiliza abordagens passivas(29).

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta como limitações o tamanho da amostra e a falta de pesquisa prévia sobre o tema.

Apesar dos esforços para recrutar participantes representativos, é crucial reconhecer que o número restrito de fisioterapeutas pode limitar a generalização dos resultados. A amostra apresenta uma margem de erro de 13%, para um intervalo de confiança de 95%, pelo que, pode não refletir completamente a diversidade presente na população. Também a ausência de estudos anteriores que abordem diretamente o tema em questão e o carácter exploratório do estudo, limitaram fortemente em termos de revisão de literatura e de comparação de resultados com outros estudos realizados. De salientar, nomeadamente, o desconhecimento de outros estudos a nível nacional e internacional que abordaram as mesmas questões sobre os fisioterapeutas em cuidados continuados.

Conclusão

A presente dissertação, desenvolvida no contexto de mestrado em Fisioterapia Neurológica, teve como propósito a realização de uma caracterização dos fisioterapeutas e da fisioterapia neurológica nas UCCI, relativamente ao seu número, áreas em que intervêm, formação e caracterizar o modo de intervenção em indivíduos com condições do foro neurológico, nomeadamente tempo de intervenção e técnicas utilizadas.

Através desta caracterização foi possível perceber que existem 130 fisioterapeutas a exercer funções nas unidades da ARSLVT. A amostra de fisioterapeutas inquiridos é composta principalmente por profissionais que trabalham com utentes neurológicos, que realizaram formação nos últimos 5 anos, no entanto, quando se trata de formação na área da neurologia, apenas uma parcela dos participantes realizou algum tipo de formação específica nesse campo. Relativamente às abordagens terapêuticas utilizadas pelos fisioterapeutas, estes preferem recorrer a abordagens mais relacionadas com o treino motor e funcional.

Apesar do número limitado de fisioterapeutas que responderam ao questionário do estudo, foi possível recolher e analisar informações importantes sobre o perfil dos fisioterapeutas que atuam nas UCCI, assim como caracterizar mais especificamente a fisioterapia na área da neurologia, nas UCCI da região de LVT.

Recomendações

Em relação a futuros estudos dentro desta temática, seria pertinente perceber o motivo da baixa percentagem de fisioterapeutas com formação na área da neurologia, sendo que existe um elevado número de utente neurológicos por fisioterapeuta. Pelo que seria relevante saber, por exemplo, se o facto de existirem diferentes planos de estudos ao nível da licenciatura influencia a autoavaliação de capacidades para intervir com utentes neurológicos. Visto ter sido identificada uma instituição que não detinha ligação a um fisioterapeuta na(s) sua(s) unidade(s), seria benéfico identificar o motivo, por exemplo, questões demográficas, salariais e/ou ausência de candidatos. Foi detetada uma diminuição relativa do número de fisioterapeutas em relação ao número de camas, pelo que seria pertinente averiguar se esta diminuição põe em causa a recomendação da RNCCI relativamente ao número de horas semanais de fisioterapia. Por fim, seria relevante perceber o que condiciona/motiva a utilização de escalas, por exemplo, se a utilização de escalas se deve a uma opção individual ou a uma imposição institucional.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
2. PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos. Infografia: Como envelhecem os portugueses? | Pordata [Internet]. 2019 [citado 19 de Outubro de 2022]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>
3. Burns RA, French D, Luszcz M, Kendig HL, Anstey KJ. Heterogeneity in the Health and Functional Capacity of Adults Aged 85+ as Risk for Mortality. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(5):1036–42. DOI: 10.1111/jgs.15780
4. Nunes AM. Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Rev Kairós.* 2017;20(4):49–71. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
5. Rodrigues AM, Gregório MJ, Sousa RD, Dias SS, Santos MJ, Mendes JM, et al. Challenges of ageing in Portugal: Data from the EpiDoC cohort. *Acta Med Port.* 2018;31(2):80–93. DOI: 10.20344/amp.9817
6. SNS. Cuidados Continuados. [Internet]. 2021 [citado 06 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
7. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República, I série-A nº109 6 junho 2006.* 2006;I-A(109):3856–65.
8. Lopes H, Mateus C, Hernández-Quevedo C. Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2018;122(3):210–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.001>
9. Entidade Reguladora da Saúde. Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. 2013;1–97.
10. ACSS. Listagem das Unidades da RNCCI [Internet]. 2022. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/2017/07/11/listagem-das-unidades-da-rncci/>
11. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. Unidade Missão para os Cuid Contin Integr [Internet]. 2007; Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Unidades-Reabilitacao-de-AVC.pdf>
12. ACSS. Monitorização da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados

- [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/08/Relatorio-de-Monitorizaçãoda-RNCCI-Anual-2020-VF.pdf>
13. Ministério da Saúde. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. M do Trab Solidar e segurança Soc [Internet]. 2016;1–28. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Oficial-Anexo-III.pdf>
 14. APFisio. Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas em Cuidados Continuados. 2019; Disponível em: <http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2020/12/Integracao-dos-Fisioterapeutas-em-Cuidados-Continuados.pdf>
 15. Ivo Castro. Acidente Vascular Cerebral em Portugal: Reabilitação. 2013;1–31. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72123>
 16. NICE. Stroke rehabilitation in adults: Clinical guideline. Natl Inst Heal Care Excell [Internet]. 2013;(June 2013):1–39. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/chapter/1-Recommendations#communication>
 17. Panturin E. Bases of practice in neurological physiotherapy. *Physiother Res Int*. 1997;2(4):272. DOI: 10.1002/pri.114
 18. Vieira A. Clinical Rehabilitation of Upper Limb in Chronic Stroke in Portugal. 2016;3(1):124–31. DOI: 10.15621/ijphy/2016/v3i1/88927
 19. Pollock A, Baer G, Campbell P, PI C, Forster A, Morris J, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke (Review). 2014; DOI: 10.1002/14651858.CD001920.pub3
 20. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I. Publications Office; 2021. Available from: [doi/10.2767/677726](https://doi.org/10.2767/677726)
 21. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles. Publications Office; 2021. Available from: [doi/10.2767/183997](https://doi.org/10.2767/183997)
 22. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Manual do Prestador: Recomendações para a melhoria contínua. 2011; Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Manual-do-Prestador-RNCCI20-03-2015.pdf>

23. APFisio. Contributo para o Plano Nacional de Saúde. 2010; Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/apf.pdf>
24. Carvalho AFJ. Caracterização da Fisioterapia nas Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Instituto Politécnico de Lisboa; 2019.
25. Sterke S, Nascimento da Cunha AP, Oomen H, Voogt L, Goumans M. Physiotherapy in nursing homes. A qualitative study of physiotherapists' views and experiences. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):1–9. DOI <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02080-6>
26. Leemrijse CJ, De Boer ME, Van Den Ende CHM, Ribbe MW, Dekker J. Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents; a cross sectional study. *BMC Geriatr.* 2007;7:1–9. DOI <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-7>
27. Menezes IR, Aoyagi GA, Nakamura L, Rotta CS, Lopes EF, Galete J, Silva LS, Cabanha MW, Barbosa SR, Santos LK. Relato de Experiência: atuação da Fisioterapia em uma unidade de cuidados continuados integrados – UCCI. *PECIBES-Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde.* 2019; 2: 35-72. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/pecibes/article/view/10286>
28. Gabinete de Estudos e Planeamento. Perfil Profissional do Fisioterapeuta em Portugal – 2023. [Internet]. 2022 [citado 9 de junho de 2023]. Disponível em: <https://ordemdosFisioterapeutas.pt/wp-content/uploads/2023/03/Relatorio-do-Perfil-Profissional-do-Fisioterapeuta.pdf>
29. Andrea Sturm, Ian Edwards, Caroline Elizabeth Fryer & Roswith Roth (2023) (Almost) 50 shades of an ethical situation — international physiotherapists' experiences of everyday ethics: a qualitative analysis, *Physiotherapy Theory and Practice*, 39:2, 351-368, DOI: 10.1080/09593985.2021.2015812
30. DeVahl JM, Mulligan EP, Simpkins SD, Hynan LS. Physical Therapists' Perspectives on Lifelong Learning. *J Allied Health.* 2020;49(3):215-220.
31. Braun T, Rieckmann A, Weber F, Grüneberg C. Current use of measurement instruments by physiotherapists working in Germany: A cross-sectional online survey. *BMC Health Services Research*, 2018; 18(1): 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3563-2>
32. Al-Muqiren TN, Al-Eisa ES, Alghadir AH, Anwer S. Implementation and use of standardized outcome measures by physical therapists in Saudi Arabia: Barriers, facilitators and perceptions. *BMC Health Services Research.* 2017; 17(1): 1–10.


<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2693-2>

33. Francisco SE. Modelos de intervenção em Fisioterapia nos pacientes com espasticidade pós AVC: Revisão da Literatura. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, 2016. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/10090>
34. Silva EJ. Reabilitação após o AVC. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2010. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/52151>

Anexo I – Parecer CE-ESTeSL

CE-ESTeSL-Nº. 98-2022 – Pedro Fernando Moreira Seabra



 **De** Comissão Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>
Para <2021104@alunos.estesl.ipl.pt>, <luisa.pedro@estesl.ipl.pt>
Cc mestrados mestrados <mestrados@estesl.ipl.pt>, Teresa Tomás <teresa.tomas@estesl.ipl.pt>
Data 2023-05-19 21:55

REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº. 98-2022 – Pedro Fernando Moreira Seabra

TÍTULO DO PROJETO: Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Tipo de Projeto/Estudo: Investigação 2º ciclo

INVESTIGADOR/A RESPONSÁVEL:

Equipa: Profª. Doutora Luísa Maria Reis Pedro; Professora MSc. Andreia Filipa Jesus Carvalho

INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa

Instituição(ões) envolvidas: Unidades de Cuidados Continuados Integrados da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT); ESTESL- IPL

Exma. Senhora Profª. Doutora Luísa Maria Reis Pedro

Exmo. Senhor Dr. Pedro Seabra, estudante de mestrado

A Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta
Presidente da Comissão de Ética

Av. D. João II, lote 4.69.01- Parque das Nações
1990-096 Lisboa | Portugal
conselhodeetica@estesl.ipl.pt
+351 218980468 (ext. 674)



Anexo II – Parecer CE-ARSLVT



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exmo. Senhor

Dr. Pedro Seabra

pedro-seabra@live.com.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		614/CES/2023	

Assunto: Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
Luis Pisco
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 439 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Apêndice I – Questionário

Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Exmo.(a) Fisioterapeuta,

Sou o Fisioterapeuta Pedro Fernando Moreira Seabra, aluno do Mestrado em Fisioterapia Neurológica na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL), estando a desenvolver dissertação com o tema "Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados", sob a orientação das Professoras Luísa Pedro e Andreia Carvalho.

Por isso, venho por este meio, solicitar a sua participação neste estudo, respondendo a um questionário criado para o efeito.

O estudo tem como objetivo caracterizar os Fisioterapeutas que intervêm nas UCCI da ARLVT relativamente ao seu número, áreas em que intervêm, formação e caracterizar o modo de intervenção em indivíduos com condições do foro neurológico, nomeadamente tempo de intervenção e técnicas utilizadas.

A pertinência deste estudo deve-se à necessidade de conhecer os Fisioterapeutas que atuam nas UCCI, de modo a ser possível criar um perfil representativo dos mesmos.

Toda a informação recolhida durante o estudo será confidencial e anónima. Os dados recolhidos serão guardados durante cinco anos e eliminados após esse período. Os dados obtidos serão utilizados apenas para os fins deste estudo e não serão utilizados para outros fins. Os resultados da investigação serão partilhados de forma mais ampla, como em publicações e conferências.

É garantida a possibilidade de recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, nem qualquer tipo de prejuízo, visto a sua participação ser completamente voluntária. Contudo, após a submissão do questionário não será possível alterar ou aceder aos dados, devido à sua recolha ser feita de forma totalmente anónima.

Em caso de dúvida no preenchimento do questionário ou qualquer outro esclarecimento poderá contactar-me via telemóvel ou e-mail. Caso pretenda ter acesso aos resultados deste estudo poderá igualmente contactar-me via telemóvel ou e-mail

Obrigado pela atenção e participação.

Cumprimentos,
Pedro Seabra
Telemóvel: 913914585
E-mail: pedro-seabra@live.com.pt

*** Indica uma pergunta obrigatória**

Informação ao Participante

1. Ao avançar para o preenchimento deste questionário, assumirá que: *

Li e compreendi a informação sobre o estudo;

Tive oportunidade de expor dúvidas e obter informações adicionais, através do contacto telefónico e/ou e-mail;

Compreendi que a participação no estudo é voluntária e posso desistir a qualquer momento;

Tenho conhecimento que a minha participação não implica qualquer custo para mim nem me confere o direito a qualquer tipo de remuneração;

Autorizo o armazenamento e utilização dos dados que de forma voluntária forneço unicamente para fins de investigação, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade.

Marcar tudo o que for aplicável.

Aceito participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições de participação no mesmo.

Caracterização dos Fisioterapeutas e da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados

2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

20-30

31-40

41-50

51-60

>61

3. Habilitações Literárias *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

4. Qual é a tipologia em que intervém maioritariamente? *

Marcar apenas uma oval.

- UC
- UMDR
- ULDM
- Cumpro apenas funções de coordenação

5. Necessita da avaliação do Fisiatra para poder intervir? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

6. Habitualmente quanto tempo após a admissão do utente na UC é que a sua intervenção se inicia (considerar dia da avaliação inicial como primeira intervenção)? *

Marcar apenas uma oval.

- No próprio dia
- No dia seguinte
- Dois dias depois
- Outra: _____

3. Habilitações Literárias *

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutoramento

4. Qual é a tipologia em que intervém maioritariamente? *

Marcar apenas uma oval.

- UC
- UMDR
- ULDM
- Cumpro apenas funções de coordenação

5. Necessita da avaliação do Fisiatra para poder intervir? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

6. Habitualmente quanto tempo após a admissão do utente na UC é que a sua intervenção se inicia (considerar dia da avaliação inicial como primeira intervenção)? *

Marcar apenas uma oval.

- No próprio dia
- No dia seguinte
- Dois dias depois
- Outra: _____

7. Utiliza escalas para avaliação e reavaliação do utente? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Quase sempre
- A maioria das vezes
- Às vezes
- Raramente
- Nunca *Avançar para a pergunta 9*

8. Quais as escalas que mais utiliza *

9. Qual o motivo de internamento mais comum nos seus utentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Neurológico
- Respiratório
- Musculo esquelético
- Outra: _____

10. Em média, quanto tempo de intervenção dispõe com cada utente? *

Marcar apenas uma oval.

- 30min
 45min
 1h
 1h30min
 Outra: _____

11. Existe tempo específico no seu horário para a realização de registos e planos individuais de intervenção? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

12. No seu local de trabalho existe rotação da alocação dos Fisioterapeutas às diferentes tipologias ou a alocação é fixa? *

Marcar apenas uma oval.

- Alocação rotativa
 Alocação fixa

13. Sente que as suas funções e área de saber são respeitadas dentro da equipa multidisciplinar/interdisciplinar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
 Quase sempre
 Na maioria das vezes
 Às vezes
 Raramente
 Nunca

14. Realizou alguma formação nos últimos 5 anos? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

15. Possui alguma formação especializada em reabilitação neurológica? Se sim, qual? *

16. Em média, quantos artigos científicos leu no último ano sobre reabilitação neurológica? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhum
 1-5
 6-10
 11-15
 >16

17. Selecione a frequência com que as seguintes técnicas/modalidades fazem parte da sua prática atual com os utentes neurológicos *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre	Frequentemente	Raramente	Nunca	Não conheço
Brunnstrom Movement Therapy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carr & Shepherd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conceito de Bobath	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulação Rítmica Auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilitação Neuromuscular Propriocetiva (PNF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Integração sensorial de Ayres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Margaret Johnstone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Método de Affolter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Método de Perfetti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Método de Peto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Método de Rood	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reeducação Postural Global (RPG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapias tradicionais chinesas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biofeedback	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulação Elétrica Funcional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulação Elétrica Neuromuscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulação Elétrica Transcraniana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estimulação magnética transcraniana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fototerapia (Laser/Infravermelhos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENS (Estimulação Elétrica Neuromuscular Transcutânea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultrassom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calor (Seco ou húmido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frio (Seco ou húmido, gelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alongamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Body Weight Support Treadmill Training (BWSTT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constraint-Induced Movement Therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exercício terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortalecimento muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hidroterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restrição do tronco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treino bilateral dos membros superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treino de força funcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treino de tarefas específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Massagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilização Ativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilização Ativo-assistida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilização Passiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia miofascial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imaginação Motora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observação da Ação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realidade Virtual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia pelo Espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bandas Neuromusculares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educação/Aconselhamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
EMG/Biofeedback	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estimulação/Treino Sensorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Órteses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários