



Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais

Tendências, problemas e perspetivas

Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Sociologia

ORIENTADOR: *Carlos Alberto da Silva*

ÉVORA, 30 de junho de 2017



“O problema é a formulação do problema”

Michel Crozier

**Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na
recontextualização das suas práticas profissionais - Tendências,
problemas e perspectivas**

Resumo

O estudo realizado analisa as dinâmicas de ação dos fisioterapeutas portugueses e a recontextualização das suas práticas profissionais. Teve como ponto de partida e análise do passado e presente, com o objetivo de compreender as tendências, problemas e perspectivas do seu desenvolvimento profissional.

Foi efetuada uma (re)visita às teorias da sociologia da saúde, das profissões e das organizações (dos serviços de saúde), e uma sumária revisão bibliográfica, com o objetivo de refletir sobre as tendências do estudo dos grupos profissionais em contexto organizacional na saúde, e compreensão das dinâmicas de desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas.

Privilegiou-se a abordagem de natureza qualitativa, e a entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de informação, efetuada por conveniência a doze fisioterapeutas com diferentes contextos de ação devido aos distintos papéis desempenhados nos diferentes setores organizacionais da saúde, da área da fisioterapia.

Dos resultados obtidos pode concluir-se essencialmente que os entrevistados demonstram uma marcada preocupação com a formação profissional, como forma de aumentar os saberes e competências próprias da prática profissional, com o intuito de delimitar a sua ação, moldada por uma tendência crescente de “erosão” na matriz identitária de regulação e controlo do seu quotidiano de trabalho.

Palavras-Chave: fisioterapia, ação organizada, profissão, estratégias de atores.

**Dynamics of Portuguese Physiotherapists Action in
recontextualisation of their professional practices. Trends,
problems and perspectives**

Abstract

The present study analyses the dynamics of action of Portuguese physiotherapists and the recontextualisation of their professional practices. It had as starting point, and analysis of the past and present, with the aim of understanding the trends, problems and perspectives of their professional development.

A (re) visit was made to the theories of the sociology of health, professions and organizations (health services), and a summary bibliographical review, with the objective of reflecting on the trends of the study of professional groups in health context, and understanding of the dynamics of professional development of physiotherapists.

The qualitative approach was preferred, and the semi-structured interview as a tool for gathering information, carried out for the convenience of twelve physiotherapists with different contexts of action due to the different roles played in the different health organizational sectors of the physiotherapy area.

From the results obtained, it can be concluded that interviewees show a marked concern with professional training, as a way of increasing the knowledge and skills of professional practice, in order to delimit their action, shaped by a growing tendency of "erosion" in the identity matrix of regulation and control of their daily work.

Keywords: physical therapy, organizational action, professional, actor's strategies.

Agradecimentos

Agradeço sem dúvida e em primeiro lugar ao Professor Doutor Carlos Alberto da Silva meu orientador pela sua total e constante disponibilidade, por todo o apoio e incentivo, e ainda por tudo o que me ensinou ao longo destes anos, por todas as correções neste percurso sinuoso que me fizeram sempre aprender e melhorar. Um muito obrigado e bem-haja por ser a pessoa que é.

Agradeço a todos os Professores deste doutoramento pelo aumento de conhecimentos e competências que me propiciaram.

A todos os colegas que de uma ou de outra forma me ajudaram a nunca baixar os braços mesmo nos momentos mais difíceis.

Sem poder deixar um agradecimento especial á minha colega Ana Balão que a partir do primeiro contato e de uma forma empática, se tornou a amiga de todos os momentos

Á Carla Chainho também um obrigado especial por toda a ajuda e amizade demonstrada.

Aos fisioterapeutas que entrevistei, um obrigado por me terem concedido essa oportunidade, e pela disponibilidade e ajuda demonstradas, especialmente ao Hélder Estevão que neste momento infelizmente já não está entre nós, pela disponibilidade demonstrada desde o primeiro momento e por tudo o que sempre deu à fisioterapia.

À minha família que me ajudou a concretizar este sonho, pois sem eles não teria sido possível, apesar de todas as dificuldades. Aos meus pais pelo seu constante apoio e aos meus filhos por toda a sua compreensão pela minha presença invisível e por todas as horas menos boas nas quais primei pelas ausências.

Ao meu marido claro, que me motivou desde o primeiro momento, e que como sempre do longe fez perto, fazendo dos meios de comunicação a forma constante de me apoiar nos momentos de dúvida e de incerteza, no ouvir desabafos de essências básicas nunca se escusando a apoiar-me em todas as horas.

Agradeço a todos os que de alguma forma colaboraram para que este estudo se pudesse viabilizar pois, com estímulos somos sempre mais fortes e sem ajuda não conseguimos avançar.

Índice

Resumo	3
<i>Abstract</i>	5
<i>Agradecimentos</i>	7
Siglas e Abreviaturas	11
Índice de Esquemas e Figuras	13
 INTRODUÇÃO	 17
1. QUESTÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	34
1.1 PROFISSÕES E GRUPOS PROFISSIONAIS	35
1.1.1 CONCEITO DE PROFISSÃO E A SUA EVOLUÇÃO	35
1.1.2 PROFISSIONALIZAÇÃO E PROFISSIONALISMO	45
1.2 FISIOTERAPIA - O SEU PERCURSO - ENSINO, FORMAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	53
1.2.1 FISIOTERAPIA E FISIOTERAPEUTAS - UM PRIMEIRO OLHAR	53
1.2.2 FISIOTERAPIA - PERCURSO FORMATIVO	57
1.2.3 FISIOTERAPIA - EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....	70
1.2.4 ORGANIZAÇÕES REPRESENTATIVAS DO GRUPO PROFISSIONAL	75
1.3 DINÂMICAS PROFISSIONAIS: O CASO DOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES	79
1.3.1 PARA UMA IDEIA DA PRÁTICA DOS FISIOTERAPEUTAS - QUALIDADE E EVIDÊNCIA	79
1.3.2 REGULAÇÃO PROFISSIONAL E O ESTADO	84
1.3.3 DILEMAS DA AÇÃO ORGANIZADA OU AÇÃO PROFISSIONAL?	96
1.3.4 IDENTIDADE PROFISSIONAL - SEU PERCURSO E TENDÊNCIAS	100
1.3.5 CONTEXTO ORGANIZACIONAL E PROFISSIONAL NA SAÚDE	107
1.3.6 CICLO DE VIDA E EXPERIÊNCIA SOCIAL DOS GRUPOS PROFISSIONAIS	113
1.3.7 CRISE DAS IDENTIDADES PROFISSIONAIS - DILEMAS E INCERTEZAS	115

1.4 OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	120
1.4.1 NOTAS PRELIMINARES	120
1.4.2 TIPO DE ESTUDO, INSTRUMENTO DE RECOLHA E SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS	122
1.4.3 PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	128
1.4.4 TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	130
2. RESULTADOS DO ESTUDO	141
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES	141
2.2 O AMBIENTE DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS	143
2.3 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS.....	148
2.3.1. RAZÕES DE INGRESSO NA PROFISSÃO	148
2.3.2. REPRESENTAÇÕES DO GRUPO PROFISSIONAL SOBRE A PROFISSÃO FISIOTERAPEUTA	151
2.3.3. O EXERCÍCIO E A FORMAÇÃO PARA A PROFISSÃO FISIOTERAPEUTA	153
2.3.4. LÓGICAS DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS	156
2.4 INTERESSES E EXPECTATIVAS DE CONTROLO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	168
2.4.1 AUTO-AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA SOCIAL DA PROFISSÃO.....	168
2.4.2 ASSOCIATIVISMO E REGULAÇÃO DA PROFISSÃO.....	169
2.4.3 DINÂMICAS DE PROFISSIONALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	171
2.4.4 EXPECTATIVAS FACE AO FUTURO DA PROFISSÃO	178
2.4.5 DILEMAS E DESAFIOS DAS TENDÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	182
CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
BIBLIOGRAFIA.....	217
APÊNDICES	245

Siglas e Abreviaturas

AEC	Análise Estrutural de Conteúdo
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
CIP	Classificação Internacional de Profissões
CMRA	Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão
CNQ	Conselho Nacional da Qualidade
CPLF EU	Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas da União Europeia
CPME	Standing Committee of European Doctors
CSP	Chartered Society of Physiotherapy
DRHS	Departamento de Recursos Humanos da Saúde
EEES	Espaço Europeu de Ensino Superior
EHEA	European Higher Education Area
ESALD	Escolas Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
ESSA	Escola Superior de Saúde de Alcoitão
ESTeS	Escolas Superiores de Tecnologia de Saúde
ESTeSL	Escolas Superiores de Tecnologia de Saúde de Lisboa
ESS/IPS	Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
ETSS	Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde
ER-WCPT	European Region of the World Confederation for Physical Therapy
ISCO	International Standard Classification of Occupation
INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RCIPL	Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SNS	Serviço Nacional de Saúde

TDT	Técnicos de Diagnostico e Terapêutica
UE	União Europeia
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WHPA	World Health Professions Alliance

Índice de Esquemas e Figuras

Esquema 1: Estrutura [A1] - “Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	
Passado	157
Esquema 2: Estrutura [A1.1] - “Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	
Influência Familiar	159
Esquema 3: Estrutura [A1.2] - “Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	
Percurso da Profissão	159
Esquema 4: Nuvem de palavras D1: “Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	163
Esquema 5: Análise de similitude entre as palavras “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	164
Esquema 6: Classificação Hierárquica Descendente das palavras “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	165
Esquema 7: Plano fatorial das classes de palavras “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”	166
Esquema 8: Estrutura [A2] - «Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional	183
Esquema 9: Estrutura [A2.1] - «Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional» - Saberes e Competências	184
Esquema 10: Nuvem de palavras “D2: Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”	185
Esquema 11: Análise de similitude entre as palavras “D2: Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”	186
Esquema 12: Classificação Hierárquica Descendente das palavras “Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”	187
Esquema 13: Plano fatorial das classes de palavras “Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”	189
Esquema 14: Nuvem de palavras “D2: Tendências de Evolução da Profissão”	191

Esquema 15: Análise de similitude entre as palavras “D2: Tendências de Evolução da Profissão”	192
Esquema 16: Classificação Hierárquica Descendente das palavras “Tendências de Evolução da Profissão”	193
Esquema 17: Plano fatorial das classes de palavras “Tendências de Evolução da Profissão”	194
Esquema 18: Presente e Passado - Tendências de Futuro	211
Figura 1: Exemplo de nuvem de palavras	135
Figura 2: Exemplo de análise de similitude	135
Quadro 1: Plano de Estudos 1982/1985 - 1º Ano	64
Quadro 2: Plano de Estudos 1982/1985 - 2º Ano	65
Quadro 3: Plano de Estudos 1982/1985 - 3º Ano	65

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O presente estudo com o título - *Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas* -, foi desenvolvido com a contribuição da abordagem sociológica das lógicas de ação organizada dos fisioterapeutas portugueses na construção, regulação e o seu desenvolvimento profissional.

Estudar um grupo profissional não constitui novidade em sociologia. O interesse por esta temática não surgiu no entanto do acaso, nem se tratou de uma mera escolha para o cumprimento da agenda do Programa de Doutoramento em Sociologia na Universidade de Évora. O facto de ter uma vivência de mais de duas décadas de convívio profissional com a profissão de fisioterapia, fez-me ganhar a perceção dum vasto conjunto de mutações no seio deste grupo profissional em Portugal, que vão desde os processos de ensino e formação ao nível superior, passando pelas lutas pelo campo da autonomia e reconhecimento profissional e pela dinamização das práticas baseadas na evidência científica, entendidos como vetores nucleares da melhoria da prestação de cuidados de saúde no século XXI, aspetos que, salvo melhor opinião, interessam esclarecer.

Em Portugal, a Fisioterapia é uma das áreas profissionais reguladas, conforme descrito no Decreto-Lei 320/99 de 11 Agosto. Este reflete os princípios gerais em matéria do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica, (dezoito à data¹, e vinte e uma² presentemente) procedendo à sua regulamentação. O estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica ficou posteriormente estabelecido no Decreto-Lei 564/99 de 21 dezembro

¹ Técnico de análises clínicas e de saúde pública; Técnico de anatomia patológica, citologia e tanatológica; Técnico de audiologia; Técnico de cardiopneumologia; Dietista; Técnico de farmácia; Fisioterapeuta; Higienista oral; Técnico de medicina nuclear; Técnico de neurofisiologia; Ortopista; Ortoprotésico; Técnico de prótese dentária; Técnico de radiologia; Técnico de radioterapia; Terapeuta da fala; Terapeuta ocupacional; Técnico de saúde ambiental.

² Às quais se juntaram posteriormente as Ciências Biomédicas Laboratoriais; Fisiologia Clínica; Imagem Médica e Radioterapia, ainda não reguladas.

Para desenvolver o estudo realizado, delineamos um fio condutor para lançar um olhar sobre o complexo mundo do trabalho dos fisioterapeutas, tomando como ponto de partida, uma revisita às perspetivas da sociologia da saúde, da sociologia das profissões e das organizações dos serviços de saúde para lançar uma reflexão sobre as atuais tendências do estudo dos grupos profissionais em contexto organizacional na saúde e suas implicações para a compreensão das dinâmicas de desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas.

Na sociologia portuguesa, encontramos diversos trabalhos sobre os profissionais de saúde, sendo raros os trabalhos sobre os grupos profissionais da área do diagnóstico e terapêutica, e muito menos no que se refere à fisioterapia e os fisioterapeutas.

De acordo com a revisão bibliográfica realizada, a problemática da regulação das profissões das tecnologias da saúde e suas dinâmicas da profissionalização foi sumariamente analisada por Lopes (2006), tendo a autora concluído que a “génese social destes grupos ocupacionais é consequente do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina, no sentido em que resultam da progressiva delegação de componentes de trabalho médico” (Lopes, 2006: 110). Acrescenta ainda a autora numa análise retrospectiva do articulado legislativo sobre a regulação dos grupos profissionais das tecnologias da saúde em Portugal, que os diferentes grupos apresentam particularidades da sua trajetória, marcada por um certo fechamento social. É caso para perguntar, qual é a situação dos fisioterapeutas?

No âmbito específico da exploração da realidade dos grupos profissionais da área do diagnóstico e terapêutica, destaca-se o trabalho de Tavares (2007) sobre a “Escola e identidade profissional - o caso dos técnicos de cardiopneumologia”, cujos resultados realçam a influência da instituição escolar nos processos de construção identitária, ou melhor, a influência das dinâmicas de socialização escolar no exercício da profissão e na construção de identidades profissionais do campo da saúde. Merece igualmente aqui destaque

nos trabalhos sociológicos sobre a área do diagnóstico e terapêutica, o estudo de Abrantes (2012) sobre os técnicos de radiologia e o seu enquadramento organizacional. Neste estudo de Abrantes (2012), intitulado “Determinantes Organizacionais na Qualidade em Tecnologias da Saúde. O caso particular dos Serviços de Radiologia do Sector Público da Região de Saúde do Algarve”, o autor conclui que “na atualidade, as questões relacionadas com a qualidade ocupam um lugar central nos discursos científicos e políticos no domínio da saúde. Embora se trate de um facto cada vez mais “interiorizado” na ação dos profissionais de saúde, paradoxalmente, a ideia de governança clínica nas tecnologias da saúde e o uso das práticas baseadas na evidência pelos Técnicos de Radiologia, colocam uma ótica diferente quer no plano da regulação e autonomia profissional, quer no âmbito da normalização dos processos de qualidade e avaliação da prestação de serviços de radiologia hospitalares” (2012: resumo). Por outras palavras, subentendemos do estudo de Abrantes que a dinâmica das práxis dos Técnicos de Radiologia é atravessada por processos complexos de desconstrução e reconstrução social da atividade deste grupo profissional nas fronteiras do complexo sistema organizacional dos serviços de radiologia hospitalares.

De recordar que, em Portugal, constituem estudos sociológicos pioneiros sobre as profissões da e na saúde, os trabalhos de Carapinheiro (1993), Lopes (1994) e Silva (1997, 2002). O estudo de Carapinheiro (1993) incidiu sobre os saberes e poderes dos médicos na dinâmica organizacional dos serviços hospitalares portugueses, questionando os pressupostos político-ideológicos das estratégias dos médicos, quer nos sistemas de gestão administrativa das organizações, quer nas relações interprofissionais, entre as quais a especificidade da subordinação dos enfermeiros às orientações médicas no quotidiano de trabalho numa unidade de saúde hospitalar. Uma outra autora portuguesa, Lopes (1994) analisou os processos de recomposição ideológica e de valorização profissional da enfermagem, questionando em concreto a recomposição dos saberes, ideologias e identidades dos profissionais da enfermagem, tipificando os fatores

contextuais e estruturais do ambiente de trabalho hospitalar que geram desigualdades entre os grupos profissionais. No caso de Silva (1997, 2002), os estudos realizados incidiram sobre as implicações das dinâmicas profissionais em contexto de trabalho. Para o autor, as organizações de serviços de saúde caracterizam-se como espaços duais de conflito e negociação (das normas e da identidade) entre os grupos profissionais, situações que interferem com os diferentes padrões da esfera do trabalho (controlo-poder, autoridade dos gestores, estrutura do trabalho em equipa, autonomia profissional, valores do trabalho, etc.). No que concerne ao grupo da enfermagem propriamente dito, Silva (2002) acrescenta ainda que os campos organizacionais dos serviços de saúde comportam especificidades da organização do trabalho em enfermagem, sendo atravessado por um sistema de ação concreto de lógicas de regulação local, dito de regulação social e controlo que potencia as ruturas engendradas pelos grupo profissional face às formas, os processos e os efeitos da participação direta nos diferentes contextos de ação no quotidiano de trabalho hospitalar e dos centros de saúde. Em síntese, Silva (2002) considera que as dinâmicas de ação dos profissionais de saúde estão intimamente relacionadas com jogos e interesses estratégicos, tanto ao nível da constante procura do aumento das condições de trabalho como da sua organização e regulação profissional.

Constitui ainda como uma das principais referências na análise sociológica dos grupos profissionais da saúde, o trabalho de Carvalho (2006) sobre as implicações da nova gestão pública nas reformas no sector da saúde e nos profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal, cujos resultados sugerem que: “1. A introdução da Nova Gestão Pública promoveu o surgimento de formas híbridas na organização e gestão dos hospitais que configuram um afastamento, mais ou menos pronunciado, da burocracia profissional que, tradicionalmente, caracterizava as organizações públicas; 2. Estas alterações parecem traduzir-se numa diminuição do poder e autonomia dos enfermeiros com funções de gestão, decorrente essencialmente das

alterações na organização do trabalho; 3. Não se verificam, no entanto, processos de desprofissionalização ou proletarização destes profissionais. 4. A forma como a ideologia manageralista permeou os valores e ideologias profissionais não permite a sua categorização como ideologia dominante nos enfermeiros entrevistados. 5. Foi possível detetar um conjunto de estratégias, definidas por estes atores, ao nível micro-organizacional, tendentes a assegurar a manutenção do poder e estatuto da profissão” (2006: resumo).

Tomando como palavras-chave “fisioterapeuta” e “fisioterapia” para uma revisão bibliográfica mais aprofundada, explorando essencialmente as revistas científicas, as monografias e teses pós-graduadas ao nível de Doutoramentos e Mestrados, e através de bases de dados científicos, tais como o repositório científico de acesso aberto de Portugal (RCAAP), ou o repositório científico do instituto Politécnico de Lisboa (RCIPL), da Universidade de Évora, da Universidade de Aveiro e do Instituto Politécnico de Coimbra (RCIPC), entre outros, pudemos conhecer e compreender melhor as áreas de estudo preferenciais, desenvolvidas quer pelos investigadores sociais, quer pelos próprios profissionais da fisioterapia em contexto de formação avançada.

Não são fecundos, para não dizer quase nulos, os estudos sociológicos sobre o grupo profissional da fisioterapia. Numa pesquisa aberta no espaço *internet*, encontramos apenas uma tese de doutoramento em sociologia que aborda o grupo profissional dos fisioterapeutas. Trata-se do trabalho de Ghisleni (2010), subordinada ao título de “A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva”. Para a autora, a construção da identidade dos fisioterapeutas brasileiros é marcada por um processo de precaridade de reconhecimento no trabalho, quer pelos pares, quer pela hierarquia.

Outros trabalhos consultados nos repositórios digitais acima referidos, situados essencialmente na área da psicologia, da gestão das unidades de saúde, da saúde e desenvolvimento e ou da área científica da fisioterapia portuguesa,

oferecem-nos outros ângulos analíticos sobre as atitudes e práticas profissionais dos fisioterapeutas em Portugal.

Por exemplo, Coutinho (1998) analisou as “Atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo”, tendo concluído que a “Fisioterapia no nosso país, tanto como área científica como profissão, está diretamente ligada aos contextos históricos, políticos e sociais, que influenciaram não só o exercício e o ensino, mas também cada fisioterapeuta e a forma como ele percebe a realidade (acrescentando ainda), que as atitudes tanto dos fisioterapeutas do exercício como do ensino apresentam padrões de concordância, discordância e dispersão, face ao atual enquadramento legal do exercício e do ensino. Foi também concluído que existem diferenças nas atitudes dos fisioterapeutas que exercem exclusivamente nas instituições de saúde e nas atitudes dos fisioterapeutas que desenvolvem atividades docentes”.

Lucena (2012) investigou o tema “Fisioterapia em Portugal - As Representações Sociais dos médicos”, cuja “análise dos discursos dos médicos de ambas especialidades permitiu caracterizar as suas representações sociais acerca da fisioterapia e dos fisioterapeutas, as quais partilham a maioria dos conteúdos. Os fisioterapeutas são representados enquanto profissionais com alguma especificidade técnica, geradora de resultados observáveis e úteis, mas a sua atividade é considerada subsidiária dos especialistas de Medicina Física e Reabilitação. Esta representação articula dimensões aparentemente positivas - como a posse de diplomas superiores e a eficácia das intervenções - com a associação a um conjunto de áreas de intervenção que não cobrem a definição internacional da fisioterapia e as competências dos fisioterapeutas, salientando as fases da reabilitação e prevenção secundária, sobretudo nas patologias osteo-articulares, cardio-respiratórias e neurológicas, sobretudo junto dos idosos. Relativamente à caracterização das práticas profissionais específicas, os médicos salientam a terapia manual e, como sinal de progresso, o uso de tecnologias, constituindo-se como um recurso válido, mas cuja recomendação

ou prescrição é pensada como uma segunda escolha, depois ou antes de recorrer à farmacologia ou em substituição da cirurgia. Para construírem as suas representações, os médicos socorrem-se da comparação com o padrão da profissão médica e do que a torna dominante ao expressarem que a fisioterapia atual é científica, tecnicamente moderna e com validação académica. Uma das conclusões importantes deste estudo é a de que a disponibilidade de um relatório positivo para representar os fisioterapeutas não impede, forçosamente, que estes sejam pensados pelos médicos como um grupo dominado; pelo contrário, a segurança quanto à sua posição de grupo dominante pode dispensar o recurso a traços negativos como estratégia de defesa de um estatuto e de um território exclusivo, para o qual têm contribuído anos de história e a eficácia das medidas políticas das últimas décadas”.

Freitas e Lopes (2005) estudaram a “Empregabilidade”, a “Natureza do primeiro emprego”, o “Grau de preparação profissional” e o “Grau de satisfação profissional” dos alunos que concluíram o Curso Bietápico de Licenciatura em Fisioterapia da ESSA - Escola Superior de Saúde do Alcoitão, dos anos letivos de 2001, 2002 e 2003. Embora temporalmente distante, estes resultados revelam uma matriz de representações bastante singulares dos fisioterapeutas recém-licenciados. Segundo os autores e “relativamente à variável “Empregabilidade”, tendo em conta as respostas obtidas, podemos afirmar que é de 100%. Em relação à variável “Natureza do primeiro emprego” verificamos que 76.7% elementos exerce ou exerceu o 1º emprego no sector privado, assim como 61.6% dos elementos tem por vínculo contratual no 1º emprego o regime de prestação de serviços (recibo verde). A remuneração auferida (salário médio mensal bruto) em média no 1º emprego é de 889 euros. Quanto à variável “Grau de preparação profissional” os valores obtidos são positivos, 87.7% consideram-se pelo menos medianamente preparados, mas destes, inclusivamente, 53.4% consideram-se muito bem preparados e apenas 12.4% pouco ou nada preparados. Na variável “Grau de Satisfação Profissional” verifica-se que, ao nível da satisfação com o percurso profissional, 86.3% encontram-se pelo menos

satisfeitos e destes praticamente metade (41.1%) até se encontram muito satisfeitos e apenas 12.7% afirmam estar pouco ou nada satisfeitos. Face aos resultados obtidos, e comparativamente ao estudo do ODES (2001), os resultados do nosso estudo são globalmente muito positivos” (Freitas e Lopes, 2005: 49-50).

Leal (2011) estudou as “Variáveis psicológicas e percepção do estado de saúde em indivíduos submetidos a ressincronização cardíaca”, concluindo que “A felicidade foi preditora da qualidade de vida e da funcionalidade. O afeto negativo foi preditor da satisfação com a insuficiência cardíaca. Concluímos da importância das variáveis positivas a par dos procedimentos médicos no tratamento das pessoas com insuficiência cardíaca”.

Grilo (2010) investigou os “Processos comunicacionais em estudantes de fisioterapia e fisioterapeutas: categorização e proposta de um treino individual de competências”, tendo concluído que são ainda lacunares as competências comunicacionais, pelo que urge integrar nos currículos da formação inicial e contínua, estratégias formativas para a valorização e promoção de competências comunicacionais nos estudantes e fisioterapeutas.

Sob um olhar managerialista, Soares (2010) estudou os “Instrumentos de apoio à gestão estratégica e ao desempenho organizacional dos fisioterapeutas em unidades privadas de fisioterapia”, tendo concluído que “o sucesso de uma gestão baseada na estratégia reside, no aproveitamento racional e eficiente dos seus recursos humanos, financeiros e organizacionais, bem como na sua capacidade para concretizar objetivos e alcançar resultados”, e que “a seleção e a aplicação de um Instrumento de Apoio à Gestão em unidades privadas de fisioterapia (UPF’s) permitirão induzir níveis acrescidos de melhoria do desempenho individual e/ou organizacional”. Acrescentando ainda a autora que “a ausência da aplicação de instrumentos de apoio à gestão e de avaliação de desempenho influenciam os níveis de desempenho, satisfação e autonomia nos profissionais de fisioterapia”.

Kapandanda (2015) analisou a “Perceção dos profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo-Angola sobre a fisioterapia: projeto de implementação de um serviço de fisioterapia”, tendo concluído que “existe uma perceção positiva sobre a importância da fisioterapia na qualidade dos serviços hospitalares. Relativamente ao curso de fisioterapia realizado em Angola, bem como, à qualidade de trabalho dos fisioterapeutas os resultados obtidos foram positivos. Estes profissionais de saúde salientam que a intervenção do fisioterapeuta é muito importante especialmente nos serviços de: Neurologia, Ortopedia e Cuidados Intensivos. Neste estudo podemos concluir que os profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo consideram, a fisioterapia e consequentemente a abertura de um serviço de fisioterapia neste hospital um fator importante para os cuidados de saúde correspondendo às necessidades da população”.

Melo (2014) estudou a “Atuação do fisioterapeuta Dermatofuncional e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde da região de Lisboa”, tendo concluído que é ainda embrionária o reconhecimento social da “atuação do Fisioterapeuta Dermatofuncional na reabilitação das disfunções tegumentares estético-funcionais e pré e pós cirúrgicos de cirurgia plástica e reconstrutiva”, designadamente pelas verbalizações manifestadas pelos Médicos-cirurgiões Plásticos Reconstrutivos, Médicos Dermatologistas, Nutricionistas e Dietistas da cidade de Lisboa.

Pinto (2013) analisou o tema “Phisiodata: desenvolvimento da evidência científica da fisioterapia em Portugal”, tendo verificado que “do processo de levantamento obteve-se um total de 810 trabalhos (633 trabalhos finais de Licenciatura, 165 Teses de Mestrado e 12 Teses de Doutoramento), que estão disponíveis na base de dados. Deste volume, a temática mais desenvolvida foi a Músculo-esquelética (31,7%), seguido dos Instrumentos de Medida (11,2%). Em contrapartida, o Exercício Físico (1,1%), a Prática baseada em Evidência (0,4%), a Fisioterapia Dermatofuncional (0,4%), a Reabilitação Animal (0,4%) e a Intervenção em Urologia (0,3%) foram as temáticas menos desenvolvidas. Este

trabalho permitiu revelar a existência de um significativo corpo de evidência científica desenvolvido pelas Instituições de Ensino do país, no entanto existe ainda uma lacuna na divulgação do mesmo”.

Antunes (2013) investigou a “Efetividade de cuidados de fisioterapia no estado de saúde de indivíduos com dor crónica”, concluindo que “A intervenção da fisioterapia parece ser efetiva na melhoria de condições clínicas de dor crónica. A implementação de Instrumentos de medição de resultados na rotina diária dos fisioterapeutas pode ser importante para a melhoria dos cuidados, e um incentivo para a adoção de comportamentos de práticas baseadas na evidência.”

Brandão (2012) analisou a “Caracterização da prática do fisioterapeuta na sua intervenção em crianças até um ano de idade com torcicolo muscular congénito”, cujos resultados “parecem evidenciar que, duma maneira geral, a prática dos Fisioterapeutas parece aproximar-se da prática fundamentada pela literatura, existindo apenas incongruências ao nível dos instrumentos de recolha de dados, do pedido de consentimento informado e dos registos. Os fisioterapeutas estão despertos para o ensino aos pais/cuidadores tendo consciência que é fundamental a continuidade da intervenção no domicílio”.

Ferreira (2010) estudou os “Contributos da gestão de qualidade nas práticas em fisioterapia: o caso particular das perceções dos fisioterapeutas que trabalham junto de crianças e jovens com bronquiolite viral aguda”, tendo concluído que “Durante os últimos anos tem sido preocupação dos fisioterapeutas conduzir a investigação para melhorar a eficácia, eficiência e efetividade dos tratamentos que prestam e que conduzam aos melhores resultados possíveis, com base na melhor evidência científica disponível (...). Verificou-se que no geral, os fisioterapeutas revelam atitudes e comportamentos positivos relativos à Prática Baseada na Evidência, tendo ainda dificuldade em usá-la a seu favor. Constatou-se que os principais obstáculos á implementação da Prática Baseada na Evidência são de ordem individual, institucional e organizacional. Sendo que

o maior obstáculo se prende com a existência de recursos disponíveis para acesso à informação”.

O que se encontra mais difundido como produção científica na área da fisioterapia, é o enfoque dos temas ditos do campo dos estudos clínicos e ou das intervenções das diferentes modalidades fisioterapêuticas. Neste domínio, destacam-se a título ilustrativo os seguintes estudos: Cruz (2016) sobre “Autogestão na reabilitação de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica: o papel da telemonitorização e atividade física”; Fernandes (2011) sobre “Modalidades fisioterapêuticas pós-AVC: estudo comparativo das intervenções da fisioterapia relativamente a vários parâmetros evidenciados em indivíduos com AVC”; Tomás (2011) sobre “Influência de um programa de exercício na aptidão física pós-transplante hepático: o caso da polineuropatia amiloidótica familiar nas suas componentes composição corporal, capacidade funcional e função neuromuscular”; Costa (2011) sobre “Tradução e adaptação da PEDro Scale para a cultura portuguesa: um instrumento de avaliação de ensaios clínicos em fisioterapia”.

Do resultado da revisão bibliográfica descrito acima e sumarizada na tabela do Apêndice I, apercebemos que a investigação efetuada por estes profissionais reflete uma diversidade de áreas, mas estas centram-se maioritariamente e especificamente no âmbito da intervenção em fisioterapia, ou seja, do domínio da dita prática profissional. Através desta pesquisa mais exaustiva e focada no grupo dos fisioterapeutas, podemos igualmente compreender, que, ao longo dos últimos anos, os objetivos de formação destes profissionais são díspares, sendo esta formação encarada como o caminho inicial da socialização e da construção identitária que molda o futuro profissional. Por outras palavras, através da literatura consultada, apercebemos que o passado da fisioterapia parece estar fortemente estigmatizado pela aceitação de hábitos e discursos que, por sua vez, parecem legitimar o seu percurso, e o relacionam com as transformações ocorridas nos demais grupos profissionais da saúde, dinamizadas de forma organizada e interdependente das relações de trabalho.

Sem pretender afirmar que foi efetuado um estado de arte sobre o que se sabe sobre os grupos profissionais da saúde em Portugal, os trabalhos descritos acima colocam em evidência que, nas últimas décadas, as dinâmicas socioprofissionais no campo da saúde portuguesa têm sido uma das preocupações centrais do estudo da sociologia da saúde e das profissões. A revisão bibliográfica realizada permitiu-nos ainda considerar que o campo de ação dos profissionais de saúde numa unidade de serviço de saúde pode ser analisado como um conjunto interdependente de atores individuais e coletivos, facto que nos remete à consideração da importância da tese crozieriana e friedberguiana de que “esta interdependência de atores nunca é equilibrada, em virtude de uma desigual disposição de recursos, apesar da co-existência de uma reciprocidade nas suas relações” (Silva, 2002: 23) de negociação, de dependência e de poder. Em síntese, tomamos como pano de fundo do quadro conceptual que os grupos profissionais interagem num sistema de ação organizada, cujas relações não são *à priori* relativamente “estáveis”, sendo reguladas pelas regras do jogo social das organizações dos serviços de saúde, dispondo cada ator/fisioterapeuta de uma racionalidade limitada.

De notar que ao privilegiarmos um pensamento nas linhas do paradigma da análise estratégica e organizada (Crozier & Friedberg 1977; Friedberg, 1993), tal como discutiremos posteriormente no desenvolvimento do trabalho, não significa que minimizamos a relevância doutras correntes de análise sociológica sobre as relações de negociação, de interdependência e de poder das profissões.

Tendo o conhecimento que, nas últimas duas décadas, os fisioterapeutas portugueses têm vindo a empenhar-se cada vez mais na especialização da sua

formação inicial e avançada³, na disputa de melhorias de condições de reconhecimento social, em particular da sua autonomia no exercício profissional, articulando ainda a constatação de um mundo dos profissionais de saúde, em geral, e dos fisioterapeutas, em particular, em constante processo de interação e regulação social e de controlo no setor da saúde, torna-se premente a responsabilização dos cientistas sociais pelo mapear dessas implicações e transformações, não só nos contextos de trabalho, que vão ocorrendo ao longo do tempo, mas também importa tecer reflexões e análise empíricas sobre os complexos processos de construção e reconstrução identitária e de recomposição dos saberes de certos grupos profissionais específicos, tais como, os fisioterapeutas, cuja realidade ainda é pouco conhecida na sociologia portuguesa.

É pelas razões expostas que justificamos a pertinência do estudo realizado. Assim sendo, todo o percurso da investigação incidiu na análise das *Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses*, interrogando os fatores que condicionaram, condicionam e condicionarão as suas práticas profissionais, para melhor desocultar as estratégias profissionais ao longo do seu percurso, e compreender a recontextualização das mesmas ao nível do exercício profissional. Por conseguinte, é nosso objetivo dar um contributo, no sentido de uma melhor compreensão da forma como ocorreu a evolução histórica, o percurso formativo e profissional da fisioterapia, e se tal influenciou e como as atuais práticas profissionais. Em termos estritos, justificamos ainda a pertinência da análise dos fatores que influenciam a “regras do jogo” ao longo do “ciclo” de vida profissional dos atores, admitindo que, à luz da revisão

³ Face à literatura disponível, não podemos deixar de salientar como a importância da formação académica inicial, representa uma porta de acesso à profissão, e um caminho de crescimento contínuo que se perpetuará necessariamente com toda a formação posterior que o profissional possa vir a realizar, como forma de sedimentação dos seus saberes e competências. Esta relacionando-se diretamente com a problemática da sua evolução e ainda a tentativa de perspetivar os seus futuros possíveis, refletindo os fatores que as condicionam e como podem estes estar relacionados com essa formação de base, e contexto de ação do quotidiano profissional entre outros. Não sento uma tese sobre as ciências da educação, nem em sociologia da educação, iremos tecer mais adiante, em capítulo próprio, alguns considerandos, ainda que sumários, sobre as problemáticas da socialização escolar e profissional.

bibliográfica realizada, os trajetos biográficos e os “*caminhos*” profissionais de cada indivíduo estão relacionados com a sua identidade e ciclo profissional.

Tendo em conta que a pergunta de investigação deve refletir de forma clara e específica o que o investigador quer averiguar, esta é central ao estudo, e o seu objetivo é a maior compreensão e conhecimento do fenómeno a estudar. Neste caso quisemos averiguar o problema, colocando a seguinte pergunta de investigação: *Quais são os fatores que condicionaram, condicionam e condicionarão as práticas profissionais dos fisioterapeutas portugueses, as suas estratégias de desenvolvimento, e a recontextualização das mesmas ao nível do exercício profissional?*

Com o intuito de compreender as relações entre os diferentes atores e suas dinâmicas de desenvolvimento profissional dos fisioterapeutas portugueses, traçámos como **objetivos gerais** o seguinte:

- a) Analisar as dinâmicas de ação estratégica dos fisioterapeutas portugueses em contexto organizacional;
- b) Contribuir para uma maior e melhor compreensão a influência que o passado pode ter tido na construção das atuais práticas destes profissionais, (em contexto organizacional tanto público como privado).

Consubstanciando preocupações relacionadas com a dinâmica de ação das práticas destes profissionais, os seus dilemas, incertezas e constrangimentos, e para estudar de forma mais focalizada os principais fatores que eventualmente influenciam as “regras do jogo” ao longo do percurso da fisioterapia e da vida profissional de cada ator, definimos os seguintes **objetivos específicos**:

- (i) Caracterizar as “regras do jogo” profissional dos fisioterapeutas, e relacioná-las com o percurso da profissão, tanto ao nível do exercício como da formação;

- (ii) Compreender as incertezas, dilemas e constrangimentos que têm condicionado e poderão condicionar a autonomia e a regulação das práticas profissionais dos fisioterapeutas.

Com o objetivo de dar a conhecer os resultados da pesquisa, o relatório do trabalho realizado é composto de forma “convencional” por uma componente textual constituída por uma introdução, desenvolvimento e considerações finais.

A Introdução reflete de forma geral as razões do estudo, que nos conduziram na opção por esta temática e caracterizam as inquietudes sociológicas, descrevendo a pergunta de investigação e os objetivos da mesma. A componente do desenvolvimento é composta por duas partes. A primeira, com o título “**Questões Teórico Metodológicas**”, é composta por quatro pontos de estudo “Profissões e Grupos Profissionais”, “Fisioterapia - O Seu Percurso - Ensino, Formação e Evolução Histórica”, “Dinâmicas Profissionais - O Caso dos Fisioterapeutas Portugueses” e ainda “Opções Metodológicas”. Nestes é feita uma abordagem de forma concetual aos conceitos fundamentais da profissão e do percurso profissional dos fisioterapeutas e também suas dinâmicas profissionais, com o objetivo de esclarecer de forma concetual a importância do indivíduo no campo da análise organizacional. As opções metodológicas fundamentam a preferência por uma abordagem qualitativa para a validação das informações recolhidas, e a justificação e tratamento da informação recolhida, realizado com base na análise estrutural de conteúdo, escola francófona de Hiernaux (1997), de uma forma integrada com a análise lexicométrica do *corpus* das entrevistas, bem como os procedimentos que permitiram elaborar os diferentes quadros de interpretação sobre a problemática estudada. A segunda parte é designada por “**Resultados do Estudo**” e é composta igualmente por quatro pontos “Contextualização do Grupo Profissional dos Fisioterapeutas Portugueses”, “O Ambiente de Trabalho

dos Fisioterapeutas”, “A Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas e “Interesses e Expetativas de Controlo e Desenvolvimento Profissional”. Por fim, elaboraram-se as Considerações Finais que refletem de uma forma abrangente, a descrição dos resultados da investigação realizada, com especial atenção às tendências, problemas e perspetivas, dados pelo conjunto de entrevistados, aspetos que fizeram relevar um vasto conjunto de controvérsias, dilemas e desafios que a profissão fisioterapeuta enfrentou no passado e que “molda” ainda o horizonte do seu “futuro”.

Por fim, apraz-me dizer que este foi um trabalho elaborado e executado ao longo de três anos, com constante pesquisa, muita reflexão e dedicação, e com ele enriqueci de uma forma abrangente os meus saberes e competências, essencialmente o poder reflexivo sobre as dinâmicas de ação no contexto profissional, privilegiando o olhar sociológico tendo por base a análise estratégica, e o sistema concreto de ação.

1. Questões Teórico-Metodológicas

1. QUESTÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

1.1 PROFISSÕES E GRUPOS PROFISSIONAIS

1.1.1 Conceito de Profissão e a sua Evolução

O conceito de profissão apesar de aparentemente ser uma noção vulgarizada é multifacetado, apresenta uma complexidade conceptual e uma ambivalência na sua precisão terminológica. Embora as profissões tenham a sua origem no século XVII ou mesmo anteriormente, foi já no século XX que segundo Santos (2011), se assistiu à primeira tentativa de sistematização do seu estudo. Depois de Flexner em 1915 nos Estados Unidos da América distinguir seis traços comuns a todas elas, só Direito e Medicina conseguiam agrupar os atributos fundamentais para serem consideradas profissões. A identificação dos traços que as caracterizam é assunto amplamente debatido pela sociologia das profissões, que a partir dos anos 30, *“em países anglo-saxónicos (Estados Unidos e Reino Unido) começa a analisar e investigar os fenómenos e processos sociais relacionados com as profissões, no âmbito de especialização temática atualmente designada por «sociologia das profissões» ou «sociologia dos grupos profissionais»* (Tavares, 2016:131).

Podemos interrogarmo-nos então sobre o que é uma profissão, como podemos defini-la e diferenciá-la de uma ocupação, que ocupações poderão vir ser designadas de profissão e quais os critérios essenciais a essa definição. Para uns investigadores o conceito de profissão é compreendido como sendo uma ocupação privilegiada, enquanto para outros como é o caso de Johnson (1972) uma profissão é vista como algo sem qualquer utilidade. Segundo este autor, o conhecimento que os indivíduos detêm para desempenhar uma função é educação e/ou formação profissional.

Deparamo-nos com um processo através do qual uma ocupação conquista o estatuto de profissão, ou seja, o processo pelo qual as ocupações são

profissionalizadas, o que implica uma direção e um estágio final de profissionalismo, pelo qual a ocupação faz o seu percurso até ser considerada uma profissão. Sem termos uma definição de profissão, não faz sentido falar em processo de profissionalização ficando este vazio de estrutura.

Começamos por falar de atividade profissional sendo esta qualquer atividade humana que envolva trabalho, preenchendo este a maior parte do nosso tempo em sociedade, é um princípio de interação e de relação social.

Nos trabalhos de Collins (1990), Macdonald (1995), Freidson (1994), Dubar e Tripier (1998), Rodrigues (1998), e Evetts (2003), verificamos como elemento comum, a divisão da análise do conceito de profissão em etapas históricas, não sendo estas, no entanto, por vezes condicentes. Não podemos falar de profissão sem falar de trabalho, pois após a percepção da importância do trabalho como *“suporte privilegiado de inscrição na estrutura social”*, (Castel, 1998:601) destacam-se resultados do processo de individualização, na construção das identidades profissionais, e os contextos em que ocorrem as transformações nas trajetórias das ocupações, são elementos de grande interesse para a sociologia. Com base em diferentes autores tem sido possível fazer uma breve análise do significado do conceito de profissão também na área da saúde e em diferentes contextos históricos, aqui é nosso objetivo relacioná-lo com a prática da fisioterapia.

Palavras como *“qualificado”*, *“competências”*, *“profissionalismo”* ou *“profissionalização”* são condutoras de valor com enorme impacto na divisão do poder intrínseco à relação laboral. Nas sociedades mais diferenciadas e complexas, tem-se vindo a assistir a um aumento exponencial do nível de formação superior, o que implica uma crescente e forte hierarquização. Segundo Machado, para Adam Smith (1794) a divisão do trabalho era fonte de aumento da produtividade e especialização, sendo esta no entanto ambígua. E *“na visão durkeimiana a sociedade moderna está caracterizada, basicamente,*

pela divisão do trabalho através das diferentes profissões e especializações” (Machado, 1995:13).

A sociologia das profissões é uma disciplina bastante recente no continente europeu, de acordo com Rodrigues (2012) e *“desenvolveu-se sobretudo no mundo de língua inglesa, nos EUA e no Reino Unido, sendo até aos anos 1970 praticamente ignorada nos países europeus”* (Rodrigues, 2012:13). Esta tem procurado ao longo do seu percurso, definir elementos que possam caracterizar uma profissão com o objetivo primordial de definir algumas diferenças existentes entre os conceitos de ocupação e de profissão, e são inúmeras as leituras existentes sobre o conceito de profissões. Freidson (1994) refere que *“O que distingue as ocupações uma das outras é o conhecimento e competência especializados necessários para a realização de tarefas diferentes numa divisão do trabalho”* (Freidson, 1994:40). Para ele o conceito de profissão assenta no controlo que exerce sobre o trabalho, ou o controle ocupacional do trabalho.

Segundo este autor no decorrer do século XIX ocorre a separação entre ocupação, identificada como uma ação técnica que não envolve necessariamente uma dimensão científica, e profissão que possui exigências éticas e científicas definidas. Referindo ainda que quanto mais diferenciada for a profissão maior será o investimento dos seus profissionais, tanto ao nível da formação como da seleção dos seus elementos. Um variado leque de trabalhos e reflexões tem sido orientado essencialmente segundo duas grandes correntes teóricas designadas na nomenclatura da Sociologia das Profissões como, funcionalista e interacionista. Apesar do interesse constantemente demonstrado inclusivamente nas obras de clássicos como Durkheim e Weber a fase de maior desenvolvimento sobre as questões da profissão dá-se segundo Tavares (2016) no período compreendido entre 1930 e 1960.

Os funcionalistas tiveram o seu auge a partir dos anos 30 do século XX, levantando as primeiras questões da sociologia sobre o papel das profissões nas sociedades modernas, tendo como ponto de partida um princípio simples

posteriormente recuperado por Durkheim, no qual *“todas as culturas, por mais variadas que sejam deverão ser aptas a satisfazer as necessidades básicas do homem.”* (Durkheim,1963:43, citado por Santos, 2011:14). Esta corrente classifica as profissões existentes em relação às suas características, organização e modo de funcionamento conforme estas se aproximam ou se afastam do modelo *“ideal”* de profissão, denominando-as alguns autores de *semi-profissão, quase-profissão* ou *não profissão* (Rodrigues,1997). Uma profissão exige a existência de um número definido de pessoas que, praticam uma técnica fundamentada numa formação especializada e que atuam dando resposta às necessidades sociais. *“Para o funcionalismo, uma profissão é, essencialmente, uma comunidade relativamente homogênea onde os membros partilham identidades, valores, definição de papéis e de interesses.”* (Santos, 2011:15).

Diferentes autores identificados com a corrente funcionalista, entre eles Carr-Saunders, Parsons, Goode e Merton procuram reconhecer um tipo ideal de profissão, concebendo o primeiro, profissão através da identificação de um conjunto de atributos comuns, capazes de distinguir as profissões das ocupações. Esses atributos têm segundo Santos (2011) como função, dar resposta a necessidades socialmente específicas com o objetivo de fazer emergir os saberes teórico práticos em momentos histórico-sociais. Para aquele autor uma profissão assenta então em três elementos fundamentais: a) saberes específicos (especialização); b) associativismo (controle das regras e conduta profissional); c) corpo próprio de saberes (aquisição da cultura profissional). Em conjunto com Wilson fazem, segundo Dubar & Tripier (1998), *“a primeira síntese histórica e sociológica sobre as profissões”*.

Santos (2011) refere que *“Para Parsons (2010) as profissões devem atender ao modelo liberal dominante nas quais se distinguem enquanto organizações autónomas da administração (governo) e das empresas comuns (ocupações).”* (Santos, 2011:15). Para aquele autor o *“conceito de profissão baseia-se em três dimensões: (i) um saber prático assente na experiência e articulado com um*

saber teórico adquirido ao longo de uma formação específica; (ii) uma competência especializada que limita a sua autoridade ao campo de aplicação prática dos saberes; (iii) uma dupla atitude do profissional que une a norma da neutralidade de ação com o interesse empático pelo seu cliente.” (Santos,2011:17).

Em 1957 Goode caracterizou profissão como um grupo que partilha uma identidade, e refere que para se adquirir o estatuto de profissão são indispensáveis altos níveis de saber e entrega, que nem todas as ocupações conseguem alcançar, esta caracterização foi de grande importância para profissões como Medicina ou Direito, identificadas como profissões liberais com elevado estatuto social e autonomia. Para Rodrigues (2012) *“as profissões constituem comunidades internamente estruturadas cujos membros partilham uma mesma identidade, valores, objetivos, experiência e constrangimentos.”* (Rodrigues, 2012:69).

Segundo Tavares, *“Entre os principais atributos do modelo profissional, identificados pelos autores associados à corrente funcionalista, salientam-se a existência de um corpo sistemático de teoria, de formação específica, de uma ideologia, de **monopólio** sobre determinado campo de trabalho e de **autonomia**.”* (Tavares, 2016:133). Referindo-se ideologia essencialmente a um conjunto de valores profissionais que são passados e interiorizados num processo de socialização, tanto ao nível da formação como posteriormente no decorrer da atividade profissional.

Os interacionistas em detrimento de uma lógica de modelo, com identificação de atributos comuns de caracterização de uma profissão, privilegiam a lógica do processo através do qual uma ocupação se transforma numa profissão. Para esta corrente teórica as alterações sociais podem produzir novas ocupações cujo crescimento as leve a desejar obter o estatuto de profissão. Segundo Santos (2011) contrariamente ao funcionalismo que beneficia os *“aspectos mais*

formais e organizacionais da institucionalização da profissão, o interacionismo requer o conhecimento identitário” da mesma (Santos, 2011:23).

A explicação dada na perspetiva funcionalista sobre as profissões assenta em critérios de legitimidade social e na interacionista nas relações de negociação e conflito desenvolvidas pelas ocupações. Rodrigues (2012) refere que *“A divisão do trabalho, [é] objeto de conflitos sociais, implica uma hierarquização de funções e uma separação entre funções sagradas e profanas, sendo efetuada com recurso a duas operações que orientam a seleção dos profissionais: licença e mandato.”* (Rodrigues, 2012:74).

Estes dois conceitos segundo Hughes (1988) relacionam-se com o que é designado por divisão moral do trabalho, não sendo as profissões mais do que ocupações, que assumem configurações resultantes de processos de transformação e conflitos. Santos refere que *“A questão do conflito social [...] laboral e interpessoal é de facto um dos aspetos mais diferenciadores das teorias interacionistas [e] funcionalistas. [sendo o mesmo nesta abordagem um] elemento estrutural das relações humanas que no mundo do trabalho se assemelha a um processo social que se posiciona acima do poder e das massas trabalhadoras numa lógica interativa com os contextos sociais.”* (Santos, 2011:24).

Para Hughes (1988) a especificidade do trabalho profissional depende ainda das condições reais do seu exercício, como autorização legal (licença), mandato sobre os saberes próprios e a existência de carreiras e instituições de proteção. Esta corrente teórica é então marcada por alguns conceitos chave como licença, mandato e carreira, e foca-se não na estrutura, mas na ação de como agem os atores para as transformações possam ocorrer.

A partir da década de 60/70 com o movimento crítico, deixa de se dar ênfase ao papel de profissão como preservadora da unidade social, para se centralizar a análise nas questões de conflito e poder, e estas eram definidas como as *“condições que permitem às profissões ou a certos grupos ocupacionais*

desenvolverem e manterem situações de privilégio, bem como das condições que permitem que se distingam por elevado estatuto, grau de controlo, organização e influência” (Rodrigues, 2012:79).

Freidson (1994) concentra os seus estudos na profissão médica e nas organizações do sistema de saúde, com o objetivo de compreender não só as profissões em geral, mas também a sua influência política. Para ele *“as profissões são agentes que criam e fazem avançar o conhecimento incorporado nas disciplinas e [os] seus membros projetam esse conhecimento nos assuntos humanos e de Estado.”* (Freidson, 1994:40). Em 1972, Johnson foi o primeiro autor a referir-se à necessidade de analisar as profissões sob o ponto de vista das relações de poder, com as elites económicas, política e com o Estado, definindo profissão como um método de controlar o trabalho. Significa que para este autor, uma profissão constitui-se numa forma particular de ocupação, cuja principal característica é o controlo que detém.

Pode dizer-se que, *“se inicia uma nova fase marcada pelo alargamento do campo de observação, passando de uma visão internalista das profissões para o estudo em simultâneo das interações estabelecidas com o exterior, com a estrutura de classes da sociedade envolvente, e sobretudo, com o Estado.”* (Rodrigues, 2012:80). Este fato deve-se, essencialmente, a fatores externos como o contexto histórico e económico da época, bem como à crescente inovação tecnológica que tornam relevantes a competitividade e os mercados de trabalho. Ao nível dos fatores internos pode considerar-se relevante, a crescente ascendência da sociologia das profissões com base nas teorias Weberianas e Neomarxistas, estas “novas teorias” tendem a analisar as profissões como *“atores coletivos do mundo económico que são objetivadas em torno do mercado de trabalho e estabelecem um controlo das suas próprias atividades.”* (Santos, 2011:27). Este controlo leva ao aumento de poder e estatuto profissional, surgindo conceitos como: a) monopólio económico; b) fecho social; e c) legitimidade política.

Para Paradeise (1988) uma profissão não é mais do que uma ocupação que conseguiu impor duas questões básicas, possuir uma licença individual que lhe permita o livre exercício da mesma, e auto regular-se por códigos éticos, legais e morais próprios. Na “linha” do interacionismo esta corrente defende a qualificação e a argumentação como recursos nos “jogos” do fechamento de segmentos do mercado de trabalho.

Como instituições atuantes em determinados mercados de trabalho, as profissões têm como finalidade o reforço do poder, prestígio e privilégio económico e como conceitos chave, a legitimidade política, o monopólio económico e o fecho social. Este conceito foi utilizado por Larson (1977) e analisado por diferentes autores entre eles Macdonald que, em 1995, se referia ao mesmo como “*um sistema fechado de saberes e fazeres específicos*” que na verdade significava o acesso vedado a profissionais não especializados. Larson (1977) relaciona as profissões com o mercado e o sistema de classes e evidência na sua análise as teorias de Marx e Weber, estudando-as como grupos de interesse ligados ao sistema de classe das sociedades capitalistas. A autora refere a capacidade que as profissões em geral detêm para o fechamento do mercado, por um lado e por outro, a capacidade de controlar esse mesmo mercado.

Para esta autora os grupos profissionais desenvolveriam, “*ações coletivas estratégicas e competitivas, conflituais ou de negociação, visando fazer reconhecer as suas competências, legitimar os seus privilégios e aumentar o seu estatuto social [...] Uma parte dessas ações incide sobre as questões da formação ou da institucionalização dos processos de aquisição de competências.*” (Rodrigues, 2012:81). O seu objetivo primordial é a construção de uma identidade coletiva, que envolva um esforço de associativismo e organização da ação coletiva, e sua proposta relaciona o indivíduo com o coletivo, os interesses e finalidades económicas da profissão e da integração social. O ator social integra uma categoria profissional com os mesmos valores, reconhecimento e legitimidade delegados pelo Estado. De acordo com a autora,

e ao contrário dos funcionalistas, os interacionistas dão maior importância à relação eu/pessoa - eu/profissional e aos aspetos informais da interação entre diferentes grupos profissionais e/ou entre os diferentes atores dentro de um mesmo grupo, o seu conceito base é o de projeto profissional. No entanto, foi Durkheim que na sociologia primeiro abordou as representações de grupo, para ele os grupos profissionais reúnem todas as atividades económicas e géneros de trabalhadores, traduzindo, *“a maneira como o grupo se pensa nas suas relações com os objetos que o afetam.”* (Durkheim, 1999:79). As representações do grupo não seriam apenas o produto de uma cooperação que ocorreria num determinado espaço, mas estariam igualmente relacionadas com o acumular de experiências transversais a várias gerações, o que na sua perspetiva significava que essas são exteriores ao indivíduo, mas funcionam como fatores de coerção sobre as consciências individuais. A constituição de grupos tem então grande importância para ultrapassar o estado de desorganização que no ponto de vista do autor, a sociedade tinha atingido, *“para que a anomia cesse, é preciso assim que exista, ou se forme, um grupo onde se possa constituir o sistema de normas que atualmente falta.”* (Durkheim, 1984: 12). Este autor referia ainda que uma profissão possibilita uma dupla movimentação no sentido da integração e da diferenciação. Integração no sentido da igualdade dentro de um mesmo grupo, e diferenciação em relação a outros grupos, para ele, o sistema profissional tem *“uma função social reguladora do sistema social mais alargado e deve ser sustentada juridicamente pela pessoa do Estado.”* (Santos, 2011:16).

Também as reivindicações, disputas, conflitos e competição em áreas jurisdicionais têm, segundo Abbott (1988) um papel relevante na dinâmica de desenvolvimento e destino das profissões devido essencialmente à interação das diferentes ocupações dentro da divisão de trabalho, sendo os processos de desenvolvimento profissional multidirecionais. Este autor procura elaborar *“uma teoria sistémica que permita explicar a diversidade e complexidade das situações no domínio das profissões”* (Rodrigues, 2002:93). Neste mesmo sentido Claude Dubar (2000), define os grupos profissionais como sendo

portadores de uma verdadeira identidade coletiva, e para que tal se possa verificar é necessário que, o profissional exista na sociedade como um ator num sistema de ação concreto, construído de forma constante, com o objetivo de legitimar o seu papel na sociedade. As profissões diferenciam-se assim pelo seu rumo intelectual, a sua especialidade, campo de ação e pelo papel desempenhado pelos seus atores, sendo a especialidade decisiva para o profissionalismo, e manifesta por uma diversidade de agentes e instituições independentemente das diferentes relações profissionais ou associações.

Uma outra interpretação do conceito de profissão é aquela que assenta, segundo Freidson (1994), no controlo que exerce sobre o trabalho, ou o controle ocupacional do trabalho.

De acordo com Krause (1996) quer as profissões quer os seus profissionais têm por base dois motivos: prestar serviços e utilizar os seus conhecimentos para o ganho económico. Tendo por base estes dois aspetos podemos compreender melhor que, as duas principais razões para a existência de uma qualquer profissão se prendem com o servir o cliente/utente/doente e com a questão económica do ganhar dinheiro. Estas questões estão intimamente relacionadas entre si, havendo uma relação de reciprocidade entre o profissional e o cliente/utente/doente, tendo como base a necessidade de satisfazer e resolver os seus problemas.

De acordo com Evetts (1999) para explicar esta situação temos que ter em conta, as diferentes formas como o conceito é compreendido pelos diferentes investigadores. E segundo a autora, a principal diferença reside no facto de que, para os europeus existe uma estreita associação de algumas ocupações (privilegiadas) com estados e burocracias estatais e administrações que os marcam como diferentes e lhes conferem poderes adicionais, bem como uma autoridade especial. Um outro aspeto a ter sempre em conta é o que se refere ao facto de as ocupações e as profissões partilharem a maioria dos recursos incluindo o que diz respeito aos processos de formação e construção da sua

identidade, ambições e aspetos culturais de cada uma delas. Ainda segundo a autora trata-se de processos complexos, diversos e variáveis de um setor para outro, bem como dentro e entre sociedades diferentes.

1.1.2 Profissionalização e Profissionalismo

Apesar de usualmente a profissionalização ser definida como o processo ou a ação de se tornar profissional, numa visão sociológica a profissionalização de um determinado grupo ocupacional depende fundamentalmente da negociação da divisão do trabalho, e da criação de “*nichos*” de mercado de trabalho, conquistados pela influência do grupo e dos seus membros, enquanto atores sociais (Paradeise, 2004).

Nas diferentes correntes teóricas sobre as profissões, o conceito de fechamento social estabelece a referência que permite dar a conhecer as estratégias de profissionalização desenvolvidas pelos grupos sócio-profissionais. Compreendendo-se por fechamento social o conjunto de estratégias desenvolvidas pelos grupos sócio-profissionais (GSP), com o objetivo de obter e preservar o monopólio da prática, visando a auto-regulação que tal presume.

Para Evetts (1999) não nos podemos referir ao conceito de Profissionalização apenas como sendo um processo, como refere a autora “*Não há apenas um processo de profissionalização*” (Evetts, 1999:120). De facto o processo tem vindo a ser estudado pela Sociologia das Profissões sob diferentes “olhares”. Por exemplo ao nível histórico da sua emergência, formação e desenvolvimento. O seu estudo incidiu igualmente a partir de conceitos-chave, como “dominância profissional” de Freidson (1970); “projeto profissional” de Larson (1977); ou “competição jurisdicional” de Abbott (1988). Para este autor o processo da profissionalização deve ser reconhecido como um processo socialmente mutável, contagioso, e complexo que realmente é.

Já o princípio predominante da divisão social do trabalho é, segundo Tavares (2016) uma das formas essenciais de legitimação da preponderância médica “no campo da saúde e assenta na distinção entre os saberes analíticos de conceção atribuídos às práticas profissionais da medicina e (em contraste) os saberes práticos de execução geralmente imputados à atividade dos restantes grupos profissionais.” (Tavares, 2016:140) estes marcados essencialmente pelo princípio oposto de comando e ação entre as classes profissionais dominantes e “dominadas”.

Diversos foram já os grupos profissionais do campo da saúde alvo de diferentes trabalhos de investigação sociológica desenvolvidos em Portugal, desde a profissão médica estudada por Carapinheiro (1993), Serra (2008) e Correia (2012), à enfermagem por Lopes (1994), Cardiopneumologia por Tavares (2007) e Radiologia por Carapinheiro & Areosa (2008) e Abrantes (2012) sendo muitos os contributos obtidos para este campo de investigação. No caso da presente investigação esta debruçasse precisamente nas dinâmicas de ação dos fisioterapeutas portugueses, profissionais da área da saúde, que tal como cardiopneumologia (atualmente licenciatura em Fisiologia Clínica) e radiologia (atualmente licenciatura em Imagem Médica e Radioterapia) se integram na carreira técnica de diagnóstico e terapêutica. No entanto e apesar do aumento exponencial destes novos grupos ocupacionais no campo da saúde e em particular nas áreas relacionadas com as tecnologias de diagnóstico e terapêutica, “*A problematização sociológica deste novo quadro de dinâmicas de profissionalização tem permanecido relativamente inexplorada*” (Lopes, 2006:107).

As organizações de saúde são consideradas espaços privilegiados de conflitos e negociações entre poderes e saberes, direcionados pelas diversas formas do poder instituído. Segundo Krause (1988), o saber não é poder, pois as inter-relações entre os vários atores sociais também o influenciam devendo este ser contabilizado naquele processo, tornando pertinente o estudo sociológico das profissões das Tecnologias da Saúde. No processo de profissionalização,

contudo, a influência dos níveis de formação académica parece ser relativa, apesar da formação avançada ao nível do segundo e terceiro ciclos de estudos ser aparentemente, o caminho mais óbvio para corrigir as necessidades ao nível da formação. Sendo o conceito de profissionalização definido por Rodrigues como *“o meio pelo qual uma ocupação procura e adquire um número significativo de atributos do modelo profissional”* (Rodrigues,1997:21).

Como refere Lopes (2006), *“Uma das estratégias ocupacionais para assegurar a o monopólio da prática é o investimento na especialização dos respetivos saberes e competências e na sua credenciação formal, através de diplomas académico”* (Lopes:2006, 109).

Ao longo do último século foram muitos os autores que tentaram propor os melhores atributos profissionais, mas foi Wilenshy (1964) no seu trabalho, *The Professionalization of Everyone?*, que deu um importante contributo para a definição do conceito de profissionalização. Este passa a poder ser compreendido como um conceito dinâmico fazendo sentido falar em “processo de profissionalização”, o autor atribui-lhe assim um novo sentido na sua perceção, trata-se de *“uma sequência de eventos e etapas seguidas pelos grupos profissionais até ao estágio do profissionalismo”* (Rodrigues, 2002:21) A existência de uma multiplicidade e dinamismo na compreensão dos processos de profissionalização é no entanto a recusa da singularidade de um único modelo possível, e como refere Rodrigues (2002), Abbott (1991) conclui que *“as profissões evoluem em muitas direções, a ritmos e com sequências diferentes”* colocando em causa a dualidade profissionalização/desprofissionalização. (Abbott,1991 citado por Rodrigues, 2002:22).

Para Freidson (1994) profissionalização não é mais que um método através do qual uma ocupação organizada de forma formal, (ou não), obtém através de reivindicação ou afirmação o direito exclusivo de poder efetuar não só um trabalho específico, como ainda controlar o acesso, a formação, e avaliação da forma como esse trabalho é realizado, servindo de base à sua organização de

uma forma diferente da simples divisão de trabalho. *“Baseada na autoridade da expertise, a profissionalização compreende o estabelecimento da autoridade para coordenar uma divisão de trabalho.”* (Freidson, 1994:101). Segundo o mesmo a *expertise* numa sociedade complexa é indissociável de alguma forma de credencialismo, com a pretensão de certificar e intitular profissionais, sendo na sua maioria essas credenciais atribuídas pelo Estado ou Associações Profissionais. *“O sistema de credenciação académica torna-se, assim, num marco imperativo para o fechamento social de uma ocupação, uma vez que funciona como o mecanismo de interdição do exercício ocupacional a quem não detém as respetivas credencias.”* (Lopes, 2006:109).

Freidson (1994) refere que Larson analisou a profissionalização como *“um projeto de mobilidade coletiva” em que as ocupações buscam melhorar não só a sua posição económica, mas também sua condição social, ou prestígio.*“ (Freidson, 1994:36). A profissionalização surge, no entanto, como um processo de fechamento social através do qual os grupos procuram otimizar a sua prestação, resultados e recursos, tornando o acesso limitado a um círculo limitado de candidatos. Este surge na sequência da conjugação entre o fechamento económico de um dado mercado de trabalho e cultural de um grupo profissional através da apropriação de um determinado saber específico, e como uma sequência de etapas sucessivas que os grupos ocupacionais devem cumprir até alcançarem o estágio do profissionalismo (Rodrigues, 2002). No entanto, existe a viabilidade de identificar para cada caso específico, um conjunto de variáveis que podem afetar o nível de controlo da ocupação, sobre o seu desempenho, como por exemplo o grau de especialização ou o aumento da complexidade da divisão do trabalho, conduzindo estas alterações a novas condições ao nível do mercado de trabalho e relações interpessoais e profissionais dentro do grupo. Para alguns autores esta situação aponta para o fenómeno contrário à profissionalização, como refere Rodrigues *“apontam para a erosão do fenómeno das profissões e para a chamada tendência à desprofissionalização, (...) sobretudo, os processos de degradação do estatuto*

profissional.” (Rodrigues, 2012:25). Ainda segundo a mesma autora apesar do crescimento do número de profissionais, aumento da formação e especialização, com a consequente tendência para a divisão do trabalho profissional, esta pode conduzir a uma perda de poder, de relevância social e autoridade conducente ao fenómeno de erosão das profissões com tendência à desprofissionalização.

Podemos então verificar segundo Tavares (2016) e com base em diferentes autores que, *“A dominância médica condiciona e restringe os processos de profissionalização dos restantes grupos qualificados do setor da saúde, confirmando a tese de que a presença de uma profissão com poder e dominação sobre uma determinada área de atividade, delimita as margens e o campo de ação dos restantes grupos profissionais.”* (Tavares, 2016:155).

Torna-se assim necessária a alteração dos padrões quotidianos da prática clínica diária, de forma tendente a procedimentos cientificamente mais rigorosos e de maior eficácia, como compromisso para a qualidade na prestação de cuidados e valorização dos conhecimentos científicos como objetivo de diluir as possíveis disparidades entre a formação e a prática dos diferentes grupos profissionais.

O conjunto de conhecimentos e características que compõem um profissional, formado pelas suas competências, responsabilidades e ética, no que gere o seu campo de trabalho pode designar-se por profissionalismo, Parsons salienta mesmo a dimensão cognitiva na sua definição, evidenciando de forma especial a autonomia do trabalho profissional. *“As profissões crescem e o profissionalismo difunde-se”* (Rodrigues, 2012:27). A sua primeira função é essencialmente a proteção dos padrões de excelência por oposição à rapidez e facilidade das práticas, executadas com perícia, autonomia, dedicação e responsabilidade.

Foi Freidson (1994) um dos primeiros autores a debruçar-se sobre o conceito de profissionalismo uma vez que para ele, esta é a única forma de controlo

ocupacional do trabalho, e tem diferentes vantagens sobre o mercado e formas burocráticas de controlo.

É grande a tendência para definir profissionalismo com base nos interesses dos clientes/pacientes/utentes, defendendo o autor profissionalismo como a forma desejável de prestar serviços complexos e discriminados ao público, dado que para o autor, na base do profissionalismo deve estar o servir. Desta forma invoca a necessidade da formação, treino e experiência dos profissionais licenciados.

O profissionalismo surge como um sistema de valores, e importa salientar nas reconfigurações do trabalho a análise da autonomia e do poder profissional, tendendo bastas vezes, a ter uma visão sobre o plano normativo e ideológico do conhecimento científico, desvalorizando a dinâmica das relações entre ciência e sociedade. Podemos então falar de profissionalismo quando um grupo ocupacional organizado, obtém o “poder” de designar quem é suficientemente qualificado para poder exercer um determinado tipo de atividade e quem é vedado a fazê-lo, tendo ainda a capacidade de avaliar a qualidade do exercício, sendo este encarado como uma forma de regulação do trabalho e do emprego, baseando-se esta fundamentalmente em quatro princípios organizativos que são: 1. A certificação formal; 2. A autonomia de decisão; 3. A auto-regulação e fechamento de mercado; e por fim 4. A orientação para a resolução de problemas (Rodrigues, 2012).

Durkheim vê o profissionalismo como *“uma forma de comunidade moral baseada numa sociedade (de sócios) ocupacional”* (Durkheim, 1992 citado por Evetts, 1999: 123). Já Tawney (1921 citado por Evetts, 1999) tende a realçar a necessidade de submeter o individualismo às necessidades da comunidade. Os autores Carr-Saunders e Wilson (1933) vêem o profissionalismo como uma forma de garantir a estabilidade e a liberdade, para eles o profissionalismo é *“Como uma força de estabilidade e de liberdade contra a ameaça de entrecruzar burocracias industriais e governamentais”* (Carr-Saunders e Wilson, 1993 citado

por Evetts, 1999: 123). Para autores como Marshall (1950) o profissionalismo permite a conceção de processos democráticos: *“O profissionalismo pode constituir um baluarte contra as ameaças a processos democráticos estáveis”* (Marshall, 1950 citado por Evetts, 1999: 123).

Parsons foi um dos importantes autores que contribuiu para clarificar o conceito de profissionalismo, de acordo com este a sociedade e a economia capitalistas, bem como a ordem social, baseiam-se na racionalidade e na legalidade de Weber, e constituem uma das grandes teorias da ordem social. Parsons pretende assim evidenciar como características das profissões - a autoridade - e as organizações burocráticas com base no mesmo conjunto de princípios dando como exemplo, a especificidade funcional, a restrição do poder de dominar, a aplicação de um carácter universalista, modelos impessoais, etc. (Evetts, 1999).

Evetts (1999) centra-se essencialmente na confiança que as pessoas devem colocar nos profissionais e na lógica do conhecimento. Para a autora, *“Profissionalismo nas profissões e ocupações implica a importância da confiança nas relações económicas nas sociedades modernas com uma divisão avançada do trabalho”* (Evetts, 1999: 123). Esta faz ainda questão de salientar que o profissionalismo recorre aos profissionais para estes atuarem e exercerem as suas funções/papéis profissionais de forma onde predominem a confiança, e a confidencialidade (Evetts, 1999).

Com base então em trabalhos de diferentes sociólogos como Parsons, Evetts, Hughes, Goode, Freidson propõe *“o profissionalismo como uma alternativa logicamente destinta e teoricamente significativa aos modelos correntemente reconhecidos e da conceituação da organização e do controlo do trabalho.”* (Freidson, 1994:41). Referindo que nos países industrializados a orientação dos profissionais está a transformar-se, e na sua opinião não em direção ao declínio e desaparecimento, mas sim tomando uma nova forma, revelando-se como o melhor procedimento para organizar a posição dos profissionais no mercado de trabalho, e está a renascer de uma *“forma hierárquica em que os profissionais*

comuns ficam sujeitos ao controlo de elites profissionais que continuam a exercer considerável autoridade técnica, administrativa e cultural que as profissões tiveram no passado.” (Freidson, 1994:42).

O autor refere a existência de dois elementos básicos ao profissionalismo: a obrigação de um corpo de conhecimentos e competências próprios e a manutenção de uma relação de confiança com os clientes. Este constitui-se como o maior objetivo dos profissionais, preocupados em criar valor para a sociedade não exercendo trabalho apenas pela remuneração, mas por devoção ao “ofício”, não apenas como uma competência que requer um longo período de aprendizagem e de treino para desempenhar um trabalho complexo mas identificando-se totalmente com ele, criando um compromisso com o conhecimento e fazendo deste o interesse central da sua vida.

Assim a ideia que normalmente temos do conceito de profissionalismo é a de que se reporta a um trabalho, a um emprego. Por tal razão na década de 50 do século XX, houve a preocupação que os profissionais se regessem por códigos de ética e comportamentos motivacionais, com o objetivo de melhorar a qualidade dos seus desempenhos, tendo como principal foco o cliente ao qual se deve prestar o melhor serviço possível. Apostou-se então na socialização e na formação de forma precoce. Para além do aspeto da socialização, também a questão da responsabilização dos profissionais deve ser vista objetivamente, pois é uma questão de enorme importância, aparecendo associada à questão da identidade e da socialização profissional dos indivíduos. Estando em jogo não só as relações sociais de trabalho estabelecidas, mas também os mecanismos de trabalho, como a competição e a *performance* dos profissionais.

1.2 FISIOTERAPIA - O SEU PERCURSO - ENSINO, FORMAÇÃO E EVOLUÇÃO HISTÓRICA

No caso específico dos fisioterapeutas e apesar dos seus cuidados e práticas serem das mais antigas formas de tratamento (remontando a sua origem ao ano de 2700 A.C, época em que já se dava relevância aos efeitos benéficos retirados das massagens e das águas termais, apenas iniciaram o seu processo de profissionalização no século XX, sendo que o nível atingido por uma profissão depende da sua universalidade e detenção de conhecimentos tornando-a socialmente imprescindível.

1.2.1 Fisioterapia e Fisioterapeutas - Um primeiro olhar

Decorrentes das transformações estruturais ocorridas essencialmente na segunda metade do séc. XX ao nível da organização do trabalho e nas políticas de recursos humanos, ocorrem novas dinâmicas organizacionais bem como um aumento e complexidade da intervenção no setor da saúde. Estas alterações tendem a favorecer o desenvolvimento de processos de profissionalização resultantes de contextos de transformação social e favorecem a recomposição e transformação de diferentes grupos socioprofissionais. Neste caso particular da área da saúde nomeadamente dos diferentes grupos que compõem o domínio das tecnologias da saúde (e dos grupos das terapias), mais especificamente do grupo profissional dos fisioterapeutas aqui estudado.

É, no entanto, difícil compreendê-las sem falar em autonomia e na tentativa constante de a delimitar, por parte dos grupos profissionais dominantes como é o caso da profissão médica, baseada, como anteriormente já referimos em saberes analíticos de conceção, com prejuízos deliberados na atividade dos restantes grupos profissionais.

A história da fisioterapia, como aliás a de outras profissões das tecnologias da saúde cuja *génese* é relativamente recente têm em comum o fato de se tratar de profissões que surgiram com um carácter inicial de atividade essencialmente técnica, baseada nos saberes práticos de execução, e com o seu percurso intimamente ligado à profissão médica, da qual tem vindo a tentar constantemente a autonomização. Nos últimos anos têm-se verificado alterações do seu paradigma, com a progressiva diminuição da dependência da classe médica e crescente autonomização profissional. Falamos de autonomia, apenas quando a um grupo de profissionais é reconhecido um conjunto de saberes próprios e *“um estatuto social fundamentado num código de conduta legitimado por organizações profissionais específicas, diretamente relacionadas com a ordem social.”* (Santos, 2011:30). Esta é o *“controlo do conhecimento”*, que assume em Portugal um papel fundamental quando segundo Lopes (1994) *“o fisioterapeuta não está obrigado, do ponto de vista legal a depender de uma prescrição médica para tratar ou cuidar de um utente, [pois] os diferentes códigos de ética referem que ele deve realizar a sua intervenção em cooperação com o médico do utente”* para benefício do mesmo (Lopes, 1994:41), no entanto tal contrapõe o legislado no Dec. Lei 564/99 de 22 de Dezembro, que refere que os mesmos atuam conforme indicação clínica.

O seu percurso tem, no entanto, evoluído ao longo dos anos, de uma atividade meramente técnica, na qual os seus profissionais estavam claramente sob a dominância da classe médica, executando tarefas por estes delegadas, para profissionais com o seu exercício baseado em atividades fundamentadas em saberes teórico técnicos e científicos adquiridos ao longo da sua formação e seguindo um código de ética próprio. Este de uma forma geral ao nível das profissões, incorpora e expressa a consciência coletiva dos seus profissionais, e regula as condutas científicas, expressando desde logo uma maior autonomia. No caso específico dos fisioterapeutas, esse código tem diferentes pontos entre os quais o respeito pelos direitos e dignidade de todos os indivíduos, o atuar de acordo com as leis e os regulamentos que gerem a prática da fisioterapia no

país onde desempenha as suas funções, assumindo a responsabilidade e as decisões da sua prática profissional, realizada sempre com base num serviço profissional honesto, competente, com qualidade e de acordo com as políticas e os objetivos definidos pela sua Associação. Tem ainda direito a um justo nível de remuneração, prestando informações corretas aos seus clientes, e pares, contribuindo assim para o planeamento e desenvolvimento dos serviços de saúde onde exerce a sua atividade. Segundo diferentes autores o código de ética surge da necessidade de proteger o património profissional e o reconhecimento do estatuto profissional.

É importante compreender aqui, a trajetória de profissionalização dos Fisioterapeutas, numa perspetiva sociológica, sendo perceptível nas últimas décadas, que os grupos ocupacionais da área das tecnologias da saúde têm desenvolvido uma trajetória de luta pela afirmação e autonomia rumo à profissionalização, constituindo esta questão *“o domínio em que as relações de poder - nas quais se inscrevem as estratégias e trajetórias de profissionalização - assumem maior evidência”* (Lopes, 2006:109).

De um ponto de vista micro social, a fisioterapia enquanto profissão de saúde integra o universo dissemelhante das tecnologias da saúde, composto inicialmente por 18 grupos socioprofissionais integrados na carreira técnica de diagnóstico e terapêutica, sendo estes: Técnico de Análises Clínicas e de Saúde Pública; Técnico de Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica; Técnico de Audiologia; Técnico de Cardiopneumologia; Dietista; Técnico de Farmácia; Fisioterapeuta; Higienista Oral; Técnico de Medicina Nuclear; Técnico de Neurofisiologia; Ortopista; Ortoprotésico; Técnico de Prótese Dentária; Técnico de Radiologia; Técnico de Radioterapia; Terapeuta da Fala; Terapeuta Ocupacional; Técnico de Saúde Ambiental.

Estas 18 profissões *“compreendem a realização de atividades no âmbito da saúde, tendo como matriz a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença ou de reabilitação”* e *“desenvolvem-se em complementaridade funcional com*

outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional” (DL nº 320/99, 11 de Agosto). Atualmente este grupo de grupo profissões sofreu uma reorganização com a junção de alguns cursos, dando origem aos seguintes GSP: Ciências Biomédicas Laboratoriais; Dietética e Nutrição; Fisiologia Clínica; Farmácia; Fisioterapia; Imagem Médica e Radioterapia; Ortoprotesia; Ortopédia e Saúde Ambiental.

Talvez por isso se verifique ainda ao nível da fisioterapia uma visibilidade social relativamente reduzida.

No entanto e apesar de integrada neste ainda vasto grupo, a fisioterapia possui dinâmicas, símbolos e valores próprios, sendo considerada uma profissão emergente pelo fato de possuir “um número *definido de pessoas a praticar uma técnica fundada sobre uma formação especializada*, [com o objetivo de dar] *resposta a necessidades sociais*” (Rodrigues, 1997: 7-8). Esta autora menciona ainda que a fisioterapia está integrada nas profissões intermédias “*tanto no que respeita ao nível de qualificação exigido como ao grau de autonomia ocupacional. [sendo estes] grupos ocupacionais de emergência recente em resultado de processos de especialização ao nível dos sistemas de ensino e/ou de trabalho.*” (Rodrigues, 2012:52).

Torna-se essencial contextualizar no tempo, a atribuição do título profissional a este GSP, tendo-se vindo a observar um significativo aumento do número de instituições de ensino da fisioterapia em Portugal. Segundo a Direção Geral do Ensino Superior são já onze as escolas privadas e sete as públicas,⁴ refletindo-se esta variedade no número de vagas acrescido, e consequentemente no crescimento abrupto ao nível do número de licenciados, o que origina grandes repercussões ao nível do mercado de trabalho. O seu percurso é ainda relativamente curto, tomando como exemplo, situações semelhantes ocorridas em outros países Europeus.

⁴ Para mais esclarecimento, consultar o sítio internet de www.dges.mctes.pt

Gouveia (1990) refere que a evolução das práticas dos fisioterapeutas tornava completamente descontextualizadas as prescrições e diagnósticos médicos, sendo estes totalmente formatados e desadequados, conducentes a um conjunto de listagens de técnicas e tratamentos, que como que “fragmentam” o doente, não sendo de todo possível ter deste uma visão holística. Esta autora caracterizou a atuação dos fisioterapeutas, que atuam preferencialmente integrados em equipas multidisciplinares, valorizando os ganhos efetivos da qualidade de vida dos seus doentes/utentes. Após a determinação de um diagnóstico em fisioterapia, os doentes/utentes cumprem um plano personalizado de tratamentos, especificamente orientado para a sua própria condição física.

O fisioterapeuta deve então ser reconhecido como, um profissional com poder de resolução de problemas específicos e não, simplesmente como um executor de uma listagem de técnicas. Atualmente ainda podemos verificar uma componente tutelar por parte dos médicos fisiatras sempre que, existam protocolos com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) bem como com algumas seguradoras.

Com base no substancial aumento dos saberes e competências bem como, da possibilidade de formação académica ao mais alto nível, os fisioterapeutas têm como objetivo primordial serem considerados profissionais de primeiro contato, o que torna completamente despropositado o anterior modelo de desempenho. Atualmente estes detêm formação base ao nível de licenciatura, com a possibilidade de acederem a mestrados e doutoramentos na área da fisioterapia. A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), como única representante dos fisioterapeutas portugueses, refere que o nível da autonomia profissional em Portugal se encontra muito abaixo dos padrões europeus, mais por razões sociológicas do que técnicas, e em muitos casos por razões meramente administrativas e de natureza política.

1.2.2 Fisioterapia - Percurso Formativo

Ao nível do ensino e formação são enormes as alterações ocorridas ao longo dos anos, sendo inicialmente baseados fundamentalmente na componente prática e na arte do saber fazer. Em Portugal estes profissionais eram puramente técnicos, e o Diário do Governo nº. 293 de 27/12/1901, situa então a presença de profissionais não médicos a praticar fisioterapia em organizações oficiais de saúde, assinalando a criação e organização de um laboratório de “analyse” clinica no Hospital Real de S. José⁵, reportando-se às diferentes seções do mesmo.

Este documento não reflete ainda qualquer menção aos requisitos de formação para os profissionais que haveriam de desempenhar as funções referidas no texto. Mas posteriormente, podemos verificar que em alguns hospitais, nomeadamente nos Hospitais Cívicos de Lisboa, o acesso às funções no âmbito da fisioterapia estava dependente de um concurso prático, ao qual tinham acesso candidatos com o exame de prática e o curso geral de Enfermagem da Escola Artur Ravara.

Nos anos 30 eram os próprios médicos que se interessaram e especializaram na área, que reclamavam o título de fisioterapeuta na sequência do Decreto-Lei nº. 28794, de Julho de 1938.⁶ Sendo substituído mais tarde pela designação de fisiatra ou especialista em medicina física e reabilitação.

Já as denominações dos profissionais que executavam a fisioterapia aparecem neste Decreto-Lei, referidas à época e até aos anos 50 de forma disparada como: “auxiliares de fisioterapia”, “segundos ajudantes técnicos de fisioterapia” e ainda “ajudantes técnicos de fisioterapia”, nunca sendo utilizado o termo

⁵ Anteriormente é feita já alusão em documentos deste mesmo hospital, a solicitação ao Ministro do Reino por parte da administração dos hospitais civis de Lisboa na pessoa do conselheiro João Ferraz de Macedo em 27 de Novembro de 1897, a autorização para ser criado no Hospital Real de S. José um serviço especial de radioscopia, radiografia, eletroterapia e análises clínicas, a qual por despacho de 4 de Dezembro foi efetivamente autorizado.

⁶ Podemos ver tal situação refletida em diferentes artigos publicados em revistas científicas médicas portuguesas da época como por exemplo: artigo do Dr. Vasco Riobom “Interno graduado de Fisioterapia dos H.C.L.” ou ainda Dr. Vasco Riobom, “Atitudes fisioterapêuticas ante a poliomielite”, *O Médico*, 568, 1962, pp. 158-163).

fisioterapeuta, estando tal designação relacionada com o tipo de formação, destes profissionais.

Esta foi considerada a fase das técnicas médicas que ocorre entre 1901 e 1960 altura em que os hospitais e outras instituições de saúde promoviam, nos seus serviços, a formação informal de profissionais com funções de fisioterapeutas.

Já nos anos 70 verificam-se grandes alterações principalmente com a enorme transformação social ocorrida em 1974. Pode considerar-se que entre 1961 e 1976 se inicia o processo de aquisição de identidade própria por parte das profissões das tecnologias da saúde e da fisioterapia em particular. Desde logo estes profissionais tentam alcançar o reconhecimento académico de formação, com a proposta de integração no sistema educativo ao nível do ensino superior, esta foi mesmo negociada com Ministério da Educação, que pretendia possibilitar um ensino superior de curta duração para as profissões da área da saúde, foi inclusivamente pedido em 1979 um parecer internacional, defendendo esse desde logo, a possibilidade da implementação dos referidos cursos ao nível do ensino superior, adotando o modelo de formação académica e não de ensino técnico, como o até então desenvolvido, com o objetivo de contextualizar estes profissionais ao nível europeu. O modelo seguido pela Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA) formava já à época fisioterapeutas com um nível de aceitação internacionalmente.

Em 1977 a ERA passa para a tutela da Direção Geral dos Hospitais (DGH), discordante na época, da integração da formação dos fisioterapeutas ao nível superior de ensino, o que inviabilizou a ansiada alteração. No ano de 1979 é criado o Ensino Superior Politécnico, e com ele surgem os Institutos Superiores Politécnicos de Lisboa e do Porto, e as Escolas Superiores de Saúde, pelo Decreto-Lei nº. 513-T/79 de 26 de Dezembro, (que apenas são viabilizados nos anos 90). A entrada nos anos 80 conduz esta profissão a um retrocesso, verificado pela criação dos Centros de Formação de Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica de Lisboa, Porto e Coimbra, através da Portaria nº

709/80 de 23 de Setembro, com o objetivo de substituir os Centros de Formação criados em 1961.

Estes novos centros de formação passam a ser coordenados pelo Departamento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, e formam fisioterapeutas segundo o Decreto-Regulamentar nº. 87/77, neste é referida, *“A natureza especial das atividades profissionais do pessoal técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, que o distingue no conjunto em que se enquadra, [e] obrigou ao estabelecimento de uma carreira independente das dos restantes componentes desse conjunto.”*

Foi assim criada a carreira de técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, que vigora e a partir de então nos serviços dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais, e que abrange profissionais tão diferentes como: audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergoterapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas, e cuja condição de acesso era o 9º ano de escolaridade.

Este decreto provoca desde logo um forte protesto por parte da APF, levando posteriormente à publicação de um despacho que determina a cessação da formação de fisioterapeutas nos já referidos Centros de Formação. Em 1982 o Decreto-Lei nº. 371/82, de 10 de Setembro, viabiliza a retificação das estruturas de ensino, e considera como sistema de formação de fisioterapeutas a ERA e as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e de Coimbra (ETSS), às quais são atribuídas responsabilidades ao nível do desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais aí formados.

Em 1985 o Decreto-Lei nº. 384-B/85, de 30 de Setembro, extingue Carreira de Técnico Auxiliar e cria a de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) que inclui os fisioterapeutas, e onde é feita uma revisão curricular e do seu perfil profissional, passando a ser condição de acesso o 12º ano de escolaridade.

Em 1986 e com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia (CEE), torna-se premente a regulação da formação dos fisioterapeutas e dos TDT de uma forma geral, respeitando as novas Diretivas Europeias (Diretiva Geral nº.89/48 de 21 de Dezembro de 1988). Este foi sem dúvida um período de transição, mas com marcantes investimentos ao nível científico-pedagógico o que permitiu posteriormente a integração da Fisioterapia no ensino superior. Nesse mesmo ano as ETSS iniciam o Curso Complementar de Ensino e Administração (CCEA) como única formação pós-graduada dos TDT, e que possibilita o exercício de competências no sector da administração e do ensino que posteriormente dá origem ao Diploma de Estudos Superiores Especializados (DESE), extinto nos anos 90 com o aparecimento das Escolas Técnicas.

Apenas em 1993, e com base no Decreto-Lei nº. 415/93 de 23 de Dezembro, as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (ETSS) são integradas no sistema educativo nacional de Ensino Superior Politécnico e passam a ter a designação de Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde (ESTeS) de Lisboa, Porto e Coimbra, conferindo o grau de Bacharel. *“Ao desenvolvimento e evolução das tecnologias da saúde, atenta a necessidade de melhorar os padrões de qualidade das prestações de saúde, têm-se associado modelos compatíveis de formação de profissionais de saúde. Procurou-se, através dessa formação, corresponder às crescentes exigências de qualidade sentidas neste âmbito (...)”* (Decreto-Lei nº. 415/93 de 23 de Dezembro)

Seguem-se a Escola de Saúde Militar (ESM) e a ERA. Esta no entanto, enquanto parte integrante do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (CMRA) é considerada Estabelecimento de Ensino Superior Privado e Cooperativo, alterando a sua designação para Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA)

Com a obtenção do grau académico de Bacharelato, criou-se a possibilidade de posteriormente se obter o grau de Licenciado, com a aprovação dos Cursos Bietápicos⁷ de Licenciatura das ESTeS de Lisboa, Porto e Coimbra, do qual

⁷ Formando por um 1º ciclo de formação com a duração de 3 anos letivos que confere o grau de Bacharelato, e a possibilidade do prolongamento para o 2º ciclo, correspondente a mais um ano letivo, que confere o grau de Licenciado.

resulta um aumento do nível da qualificação e grau académico. Os fisioterapeutas assumem a partir de então de forma mais abrangente a sua própria docência, e passam a ter a maior responsabilidade na sua formação. A esta época corresponde um aumento exponencial de estabelecimentos de ensino superior (públicos e privados) que passam a ministrar o curso de Fisioterapia. Em 1999 e com a implementação do Processo de Bolonha assinado por vinte e nove (29) países e posteriormente na cimeira de Praga acordada a entrada de mais três (3), surge a tentativa de uniformização e equidade do ensino superior ao nível do Espaço Europeu, com o apelo à promoção da competitividade internacional. Este adota um sistema de graus, o que torna mais fácil a comparação, e um sistema de dois ciclos, o primeiro denominado de Graduado com a duração mínima de três anos, e o segundo Pós-Graduado, com duração variada conforme o objetivo seja, a obtenção do grau de mestre ou doutor. É então mais fácil a mobilidade de estudantes, professores e investigadores, e os critérios de avaliação da qualidade do ensino, que passa a ser mais equiparável. (The Bologna Declaration of 19 June 1999). Entre 1999 e 2010, todos esforços dos membros envolvidos neste processo foram direcionados para a criação do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES), que se tornou real com a Declaração de Budapeste, em Março de 2010. (European Higher Education Area, 2016)

Com base numa autonomia científica e pedagógica própria, as escolas dão início em Fevereiro de 2000, ao 2º ciclo de estudos, sendo entregues os primeiros diplomas aos Licenciados das Escolas Superiores de Tecnologias de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra nesse mesmo ano.

Em 2009 este passa a licenciatura de um só ciclo com a duração de quatro anos letivos, o que permite o acesso a cursos de mestrado e de doutoramento. No mesmo ano é autorizado o ensino ao nível de mestrados nas Escolas do Ensino Superior Politécnico, reconhecendo assim a qualidade científica e os saberes do seu ensino. Atualmente dispomos de um grupo de profissionais cuja formação é efetuada em escolas de formação superior, que transmitem e desenvolvem a

especialização dos saberes, associações profissionais que contribuem para a promoção dos símbolos e valores da Fisioterapia, e que contribuem para o desenvolvimento e evolução da profissão bem como do exercício da mesma em Portugal.

Internacionalmente a *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) recomenda que a fisioterapia tenha como base de ensino a formação de nível universitário por um período mínimo de quatro anos, com o objetivo do reconhecimento profissional, preparando os alunos para serem profissionais autónomos. Esta formação inclui atualmente no seu ensino conhecimentos teóricos e práticos, de forma a proporcionar a aquisição das competências essenciais ao perfil do Fisioterapeuta.

O aumento destas competências reflete-se igualmente ao nível dos planos de estudos, que ao longo dos anos tem sofrido diferentes alterações, desde o plano inicial, à passagem a bacharelato, na integração no ensino superior, com a licenciatura bietápica, passando pelo marco fundamental do processo de Bolonha e a adaptação ao pós Bolonha, chegando à atualidade e ao desafio de preparar estes profissionais para novas e bem fundamentadas práticas profissionais.

Podemos verificar que a formação inicial teve por base as *“alterações futuras aconselhadas pela dinâmica natural do ensino e pelas novas aquisições da ciência e da técnica”*, (DR. n.º38 de 16/2/1983) e a 13 de Janeiro de 1983 por despacho do secretário de estado da Saúde, foram homologados os programas dos diferentes cursos, dos profissionais de saúde com perfil de técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica no qual se integra a fisioterapia, inserida no ramo cinesiológico.

A formação inicial era composta por três anos, os quais se dividiam em Formação Básica, Formação Técnica e Estágio, e tomando como exemplo o plano do triénio de 1982/85 podemos ver nos quadros abaixo a constituição do seu plano de estudos.

PLANO DE ESTUDOS 1982/1985
FORMAÇÃO BÁSICA - 1º Ano
Células e Tecidos
Deontologia Profissional
Introdução à estatística
Noções Gerais de Anatomia Humana
Noções Gerais de Física e Biofísica
Noções Gerais de Fisiologia Humana
Noções Gerais de Psicossociologia
Noções Gerais de Química e Bioquímica
Noções Gerais de Saúde
Noções Gerais de Terapêutica
Noções Sumárias de Enfermagem e Socorrismo
Prevenção e Acidentes de Acidentes e Segurança no Trabalho
Língua Inglesa

Quadro 1: Plano de Estudos 1982/1985 - 1º Ano

Elaboração própria com base no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 13 de Janeiro de 1983, publicado no DR n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1983

Nesta fase de formação eram facultadas ao aluno uma variedade de noções consideradas à época fundamentais para a formação de técnicos competentes e que incluía uma fase genérica comum a todos os cursos e uma fase sectorial, destinada a complementar os conhecimentos básicos e específicos de cada grupo profissional.

Também na fase de formação especificamente técnica eram ensinados aos alunos conteúdos diversificados com o objetivo da maior abrangência ao nível das competências técnicas e intelectuais, abarcando áreas como próteses e ortóteses, ou ainda psiquiatria e enfermagem.

PLANO DE ESTUDOS 1982/1985
FORMAÇÃO TÉCNICA - 2º Ano
Anatomia Descritiva
Fisiologia Histologia e Embriologia
Patologia Especial
Psicologia Geral e Clínica
Cinesiologia
Anatomia Funcional
Próteses e Ortóteses
Psiquiatria
Psicomotricidade
Eletroterapia
Exercícios Terapêuticos
Hidrobalneoterapia
Hidroterapia
Análise de Movimento
Técnicas Especiais
Massagem e Hidromassagem
Treino Funcional e Ambulatório
Noções Práticas de Enfermagem
Treino Funcional de Enfermagem
Tecnologia Aplicada
Testes Musculares
Educação Física

Quadro 2: Plano de Estudos 1982/1985 - 2º Ano

Elaboração própria com base no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 13 de Janeiro de 1983, publicado no DR n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1983

No 3º e último ano de formação, na sua totalidade os alunos frequentavam um estágio orientado, com o objetivo de efetuarem o primeiro contato com o contexto laboral e a relação técnico/doente, que ocorria na totalidade integrado num serviço, em contexto hospitalar.

PLANO DE ESTUDOS 1982/1985
ESTÁGIO - 3º Ano

Quadro 3: Plano de Estudos 1982/1985 - 3º Ano

Elaboração própria com base no Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 13 de Janeiro de 1983, publicado no DR n.º 38, de 16 de Fevereiro de 1983

Este plano de estudos como podemos ver, reflete a natureza das funções exercidas por estes profissionais, cuja carreira *“integra funções de natureza*

técnica e, para efeitos de estruturação dos respetivos quadros de pessoal, inserem-se no grupo de pessoal técnico” (DR. n.º 225 de 30/9/1985 - Art.º 2.º)

Ou seja funções meramente técnicas, atuando integrados “numa equipa de saúde, enquadrada e sob prescrição do respetivo elemento médico ou técnico superior” (DR. n.º 225 de 30/9/1985 - Art.º 4.º).

Era então um técnico meramente executor que cumpria exclusivamente uma prescrição terapêutica efetuada pelo elemento médico da equipa de saúde, mas, no entanto, já lhe era concedida a possibilidade de *“programar, executar e avaliar as técnicas adequadas”* (DR. n.º 225 de 30/9/1985 - Art.º 4.º) tendo de comunicar os resultados obtidos aos restantes elementos da equipa.

Este despacho refletia já no seu Art.º 8.º a possibilidade dos técnicos detentores do Curso Complementar de Ensino e Administração terem a possibilidade de exercer funções de docentes nas escolas mencionadas no Decreto-Lei n.º 371/82, de 10 de Setembro (Cria as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, de Coimbra e do Porto) cabendo-lhes a regência das disciplinas compatíveis com as suas habilitações.

Nos anos 90 realiza-se a integração no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior e em 1990 são publicados novos planos de estudo dos cursos administrados pelas 4 escolas, estes servirão de base à implementação de um modelo pedagógico inovador, centrado na interdisciplinaridade e no aprofundamento dos saberes próprios das profissões das tecnologias da saúde (Despacho n.º 18/90, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no DR n.º 208, de 8 de Setembro de 1990).

Em 1993/1994 dá-se a integração do ensino das tecnologias da saúde no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico (cursos de Bacharelato), passando as referidas escolas a serem designadas Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto (Decreto-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro) sob dupla tutela do Ministério da Educação e

Ministério da Saúde, e Escola Superior de Saúde do Alcoitão, sob tutela da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e do Ministério da Saúde.

Em 1998 através da Portaria n.º 363/98 de 26 de Junho e sob proposta dos conselhos científicos de todas as escolas existentes, os cursos das referidas escolas são equiparados ao grau de Bacharel, tendo sido mantidos os planos de estudos. No ano de 1999 a Portaria n.º 505-D/99 de 15 de Julho, aprova o regulamento geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde para as Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto. Verificando-se a alteração do plano de estudos através da Portaria 31/99 de 20 de Janeiro, estes são aprovados e aplicados progressivamente em cada ano letivo, a partir do ano de 1998-1999, inclusive. No entanto só a Portaria n.º 3/2000 de 4 de Janeiro aprova o regulamento geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde. No mesmo ano, através da Portaria 1128/2000, de 28 de Novembro e considerando o disposto no Regulamento Geral dos Cursos Bietápicos de Licenciatura em Tecnologias da Saúde, aprovado pela Portaria n.º 3/2000, de 4 de Janeiro e considerando ainda o disposto na Portaria n.º 505-D/99, de 15 de Julho, ao abrigo do disposto no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 415/93, de 23 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 280/97, de 15 de Outubro, são aprovados os planos de estudos para a licenciatura bietápica.

Sendo o primeiro constituído por três anos de formação com a duração de seis semestres conduzindo ao grau de Bacharel, com uma carga horária total entre duas mil e duzentas horas e duas mil e seiscentas horas de formação.

O segundo ciclo era constituído por um único ano de formação, com a duração de dois semestres, conduzindo ao grau de Licenciado, com uma carga horária total entre setecentas e mil horas de formação, *“organizada de forma a assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação adquirida no 1º ciclo”* (Portaria n.º 3/2000, de 4 de Janeiro, Art.º 4.º, 2-) incluindo diferentes disciplinas de formação.

Na sequência do Despacho n.º 3205/2012, foi alterado o plano de estudos do ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Fisioterapia (licenciatura de raiz), ministrado na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa do Instituto Politécnico de Lisboa.

Neste momento procede-se à alteração do plano de estudos do curso de fisioterapia da ESTeSL na sequência do processo da avaliação efetuada pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) sendo esta um elemento facilitador para tal decisão por parte dos órgãos competentes e com poder decisivo na organização. Este processo, no entanto, encontra-se em fase de resolução e por não estar ainda não concluído, não me é permitido divulgar as possíveis alterações.

No entanto o mesmo pretende de forma abrangente, responder às atuais necessidades de formação destes profissionais, e engloba diversas áreas científicas entre elas: ciências do movimento humano, do comportamento e desenvolvimento, bio morfológicas, metodologia de investigação. E unidades específicas como, prática clínica e educações clínicas em áreas como a músculo-esquelética, neuromuscular, cardiorrespiratória e pediatria entre outras. A diversidade da sua prática requer desde logo um vasto leque de competências, que devem ser desenvolvidas primeiramente, através da prática em pares (observação, palpação e analisar o movimento humano em contexto de sala de aula/ginásio) ainda antes da sua aplicação em contexto clínico. As estratégias e métodos de ensino, aprendizagem e avaliação são definidos por cada instituição, devendo, no entanto, refletir no “produto final” os resultados da aprendizagem necessária ao curriculum profissional definida pela WCPT. Esta considera fundamental a formação com base na responsabilização para a realização da prática da Fisioterapia, de acordo com a melhor evidência disponível, e que a APF considera como sendo a informação com validade e relevância, utilizada para legitimar o processo de tomada de decisão, fundamentada em resultados de investigação e consolidada com a experiência

clínica sem, no entanto, esquecer as crenças, valores e contextos socioculturais.

Já para além do processo de Bolonha, percebemos o interesse constante por parte das instituições de ensino, e a procura tendencial na qualificação avançada (graduada e pós-graduada) por parte dos profissionais, o que conduziu inicialmente de forma crescente, à implementação de programas de mestrado e doutoramento em fisioterapia.

Assim e nos últimos dezasseis anos ao nível do 1º ciclo a oferta é de 7 instituições públicas e 12 privadas, o 2º (mestrado) e 3º (doutoramento) ciclos, contam já com cerca de 12 programas de mestrado, e 1 de doutoramento.

Ao nível do 2º ciclo os objetivos passam por aumentar as competências especializadas, analisar e avaliar informação, consolidar bem como aumentar, um corpo sistemático e coerente de conhecimento, sendo várias as opções das diferentes instituições. Enquanto a ESTeSC a ESSA ou a Universidade Nova optam por diferenciar logo à partida áreas de especialização, no primeiro caso avaliação e aplicação clínica do movimento, no segundo caso músculo-esquelética ou saúde da mulher, tendo esta um tronco comum e uma área de estudo aprofundado (especialização), e na Nova áreas de especialização como músculo-esquelética e saúde pública, o mesmo não se verifica na ESTeSL (5ª Edição do Mestrado Fisioterapia biénio 2014/2016-última), que optou por elaborar um mestrado mais “generalista” em que no 1º semestre inclui disciplinas como epidemiologia, evidência ou metodologia de investigação, para no 2º semestre focar o seu ensino em áreas específicas da profissão como: Cardiorácica, Oncologia, Pediatria, Trabalho, ou Bem-Estar, outras.

Já ao nível do único doutoramento existente atualmente em Portugal, e que ocorre na faculdade de desporto na universidade do Porto, pretende, para além de aprofundar os conhecimentos e as competências adquiridas no 1º e 2º ciclos, dotar os alunos de capacidades para conceber, organizar, gerir e desenvolver

projetos de investigação científica, de uma forma autónoma ou ainda integrados numa equipa de investigação.

Como refere Freidson existem de dois elementos básicos ao profissionalismo: a obrigação de um corpo de conhecimentos e competências próprios e a manutenção de uma relação de confiança com os clientes. A profissionalização surge, no entanto, como um processo de fechamento social através do qual os grupos procuram otimizar a sua prestação, resultados e recursos, tornando o acesso limitado a um círculo restrito de candidatos, não se podendo falar de profissionalização, sem ter em atenção o percurso evolutivo da profissão, e neste caso, o mesmo foi iniciado por cursos técnicos, bacharelato, licenciatura (brietápica e de raiz), mestrados e doutoramentos.

Mas será que como refere Freidson, o ensino prolongado e especialização serviram para o ganho de poder e autonomia desta profissão?

É importante perceber o que na realidade tem vindo a ser alterado nesta área como aumento dos saberes e competências destes profissionais.

1.2.3 Fisioterapia - Evolução Histórica

A fisioterapia tem sido caracterizada como ocupação, profissão ou ciência, e estas definições têm através dos tempos e ao longo da história, sofrido transformações e sido construídas sofrendo e exercendo influência na restrição do campo de ação e na formação dos seus profissionais. Tem evoluído profundamente ao longo dos anos, tendo características diferentes consoante o país no qual é desenvolvido o exercício da profissão e os contextos históricos, políticos e sociais que influenciaram o seu percurso, tanto ao nível do exercício como das práticas, ou ainda do ensino e da formação.

Apesar das suas práticas serem ancestrais necessitam de elementos de suporte enquanto ocupação e/ou profissão. Estes tornam-se fundamentados quando

passam de saber empírico para conceitual, com a criação de escolas e cursos específicos.

Foram países precursores deste processo a Inglaterra e os Estados Unidos da América, o primeiro onde nos séculos XVIII e XIX ocorreu a Revolução Industrial, originando grandes transformações económicas, sociais e tecnológicas, e o segundo por determinar modelos e técnicas utilizadas mundialmente após a II guerra mundial. Ao nível da educação e da saúde, origina a fisioterapia “científica” que reflete as alterações ocorridas no mundo e estabelece modelos de ação e de práticas profissionais. As primeiras escolas com oferta de formação em fisioterapia de que há registo são da Europa, mais especificamente de, Inglaterra e Alemanha, a primeira com oferta de cursos formais em educação física e fisioterapia, na *Sargent School* escola fundada em 1881 pelo médico Dudley Allen Sargent em Boston, e na Alemanha, com as escolas de Kiel (1916) e Dresden (1918). No início do século XX foram igualmente criadas as primeiras escolas nos Estados Unidos e mais tarde no Canadá e Austrália, sendo entre os anos 40 e 60 que muitos países do Continente Americano, Ásia e África começaram a formar fisioterapeutas.

A evolução da fisioterapia nestes países é essencialmente impulsionada pelo número crescente de epidemias e também como consequência das grandes guerras ocorridas, alterando-se os paradigmas no atendimento dos doentes, passando o leque de profissões necessárias a ser muito mais abrangente, não sendo já restrito a algumas poucas profissões. Nessa base, formam-se equipas de profissionais de saúde com diferentes funções, e surgem pela primeira vez cursos de formação de fisioterapeutas.

Em Portugal esta profissão surge essencialmente devido ao fato de ser premente corrigir necessidades, e “*indispensável promover a formação do pessoal técnico especializado*” (Portaria nº. 22034 de 4 de Junho de 1966) tendo como objetivo a rentabilização dos recursos, com vista a uma resposta eficaz às necessidades criadas pelo contexto de guerra em que Portugal vivia no

Ultramar. Anteriormente as funções desempenhadas por os fisioterapeutas com título profissional eram executadas por profissionais técnicos, (Diário do Governo n.º. 293 de 27/12/1901), e nos anos 30 eram os próprios médicos que reclamavam o título de fisioterapeuta, na sequência do Decreto-Lei n.º. 28794, de Julho de 1938, como já referido anteriormente.

Com a formação da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), fundada em 1951 no Reino Unido, dá-se um largo passo em direção ao trabalho uniformizado, e esta torna-se a voz internacional da fisioterapia. Os fisioterapeutas ingleses foram, na década de 60 os primeiros formadores ao nível do ensino da fisioterapia em Portugal, sendo precisamente em 1960 que é fundada a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), sob a forma de associação profissional, passando a representar os Fisioterapeutas Portugueses nas organizações internacionais, e enquanto associação profissional, define o campo de ação do exercício da Fisioterapia em Portugal. No ano de 1966⁸ a Portaria n.º. 22034 de 4 de Junho⁹ confere de forma oficial e a partir dessa data, o título de fisioterapeuta, tendo sido criada na época oficialmente a Escola de Reabilitação integrada no Centro de Medicina de Reabilitação, instituição da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), era então condição de acesso à Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA) o 7º ano dos Liceus. O título era atribuído unicamente aos profissionais diplomados pela SCML, mas posteriormente alargado a todos os indivíduos com aprovação nos Cursos de Reabilitação realizados pela SCML desde 1957, o que significa que os primeiros fisioterapeutas datam desse mesmo ano, quando a SCML inicia por iniciativa própria os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

⁸ Nesta época era já de denotar o aumento ao nível do grau de exigência habilitacional em relação ao determinado pela Portaria 18523 de 12 de Junho de 1961 que em relação aos dois níveis de formação estabelece para o segundo grupo, onde são inseridos os técnicos de fisioterapia, o segundo ciclo dos liceus ou o exame de admissão aos institutos industrial ou comercial ou ainda o exame de 4.ª classe de instrução primária ou de admissão aos liceus ou às escolas técnicas ou ainda e cinco anos de exercício da profissão do primeiro grupo correspondente (neste caso auxiliares de fisioterapia)

⁹ Regula as condições para a formação de pessoal técnico especializado dos serviços de reabilitação e autoriza a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a criar, no seu Centro de Medicina de Reabilitação, em Alcoitão, uma escola de reabilitação. Criando um terceiro grupo (em acréscimo ao criado pela Portaria 18523 de 12 de Junho de 1961), que abrange pessoal técnico de reabilitação, do qual fazem parte os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais e os terapeutas da fala, habilitando-os com os cursos correspondentes.

Como definição de fisioterapia a WCPT diz tratar-se de um serviço de prestação de cuidados de saúde a indivíduos e populações com o objetivo de desenvolver, manter e restaurar o movimento máximo e capacidade funcional dos mesmos ao longo da vida, sendo o movimento funcional fundamental para o que significa ser saudável (WCPT, 2016). Esta e o Comité Permanente de Ligação dos Fisioterapeutas da União Europeia (CPLF EU) admitem desde 1995, a diversidade cultural, política e económica da Fisioterapia mundial, e seguindo como exemplo o Reino Unido e os Estados Unidos, adverte para a necessidade de todos os países adotarem ciclos de estudos ao nível universitário com duração mínima de quatro anos, de forma a aceder ao título profissional de fisioterapeuta. Com Processo de Bolonha assinado em 1999, o ensino e prática da fisioterapia no espaço europeu tende para a uniformização, no entanto nem em todos os países que assinaram o acordo, isto se pode verificar no que confere à atribuição do diploma e tempo de formação inicial.

Segundo o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro¹⁰ e a WCPT é da competência do Fisioterapeuta enquanto profissional qualificado, a avaliação, diagnóstico e prognóstico em fisioterapia, planeamento, intervenção/tratamento e reavaliação, com vista à identificação e maximização do potencial do movimento, no contexto da promoção, prevenção, ensino, tratamento e reabilitação, referenciando sempre que necessário a outros profissionais de saúde. Estes prestam serviços cujos objetivos visam então a obtenção e/ou manutenção da função e da qualidade de vida dos utentes, atuando quando o movimento e/ou a função estão comprometidos pelo processo de envelhecimento, lesão ou doença. Atuando na recuperação, reeducação, reabilitação e prevenção de incapacidades, originadas por disfunções físicas, do foro funcional músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e neurológico, mas também nas disfunções psíquicas, com o objetivo de assegurar

¹⁰ Que estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica.

um bem-estar físico, psicológico, emocional e social bem como desenvolver a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos doentes/clientes.

No entanto atualmente ao nível das práticas as alterações ocorridas são ainda insuficientes, pois estes têm ainda de lidar com a “supervisão” da classe médica, que por poder e imposição legal, controlam a execução dos atos por si prescritos nas práticas dos fisioterapeutas, funcionando ainda hoje como um forte constrangimento ao exercício profissional.

Apesar da formação e competências alcançadas ao longo do tempo, tanto ao nível da formação base como da pós-graduada, a prática clínica baseia-se em hábitos interiorizados ao longo do tempo, resultantes maioritariamente de um contexto socioprofissional imperfeito e abstraído da uma nova realidade, o que conduz ao *“mero envolvimento dos trabalhadores na execução das tarefas e não na autonomia e na tomada de decisão sobre as mesmas”* (Silva, 2004:23).

Esta é uma interação abrangente que envolve não só o fisioterapeuta, o doente/utente, a sua família/cuidadores, outros profissionais de saúde e a comunidade num processo de avaliação das capacidades do indivíduo, estabelecendo metas, objetivos, e utilizando conhecimentos e competências únicas dos Fisioterapeutas (WCPT, 2016). A prestação de cuidados de saúde efetuada pelo fisioterapeuta pode desenvolver-se em diferentes sectores, e ao nível dos cuidados de saúde primários, secundários, continuados e paliativos sempre integrados em equipas multidisciplinares e sujeitos aos princípios éticos da WCPT (WCPT, 2016).

Importa salientar que no campo de ação dos fisioterapeutas, a aposta ao nível da progressão das carreiras com base essencialmente no aumento constante dos seus saberes, e das suas competências (formação ao longo da vida), quer por troca de conhecimentos com os seus pares, ou por experiências de nível interprofissional e hierárquico, resultam das interações dentro das organizações. A aceleração das mudanças e a insegurança das suas atuações obriga-os a recorrerem à formação contínua, representando esta uma mais-

valia para o desempenho das suas práticas diárias. Deontologicamente a formação remete para uma atualização constante, com o objetivo de garantir um aumento da eficiência e eficácia ao nível do desempenho profissional. “*Já não são suficientes os saberes herdados, é fundamental construir, novos saberes, em face de novas necessidades.*” (Lopes, 1990:11), e têm igualmente uma função determinante no processo de construção da identidade profissional, contribuindo ativamente para a constante elaboração do próprio eu e da representação do mesmo em relação aos outros, “*A nossa identidade tem de ser continuamente confirmada pelos que nos rodeiam nos diversos contextos de interação*” (Brandão, 2014:74).

A luta por uma identidade profissional conduziu a Fisioterapia a um patamar de prestígio social que urge promover, e que poderá levar à conquista da autonomia e ao aumento da responsabilidade de todos estes profissionais.

1.2.4 Organizações Representativas do Grupo Profissional

A Fisioterapia é uma profissão regulamentada, os seus profissionais são formados com base numa educação específica e segundo as normas internacionais, o que torna possível o seu exercício profissional em qualquer país do mundo. São várias as organizações representativas da fisioterapia enquanto profissão, a WCPT sem dúvida é a mais abrangente e representativa a nível internacional. Esta atua de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem como visão a elaboração e divulgação de diretivas com vista ao desenvolvimento e reconhecimento mundial da profissão através do seu papel significativo na melhoria da saúde e do bem-estar dos indivíduos. Em 21 de Janeiro de 2016 foi assinado em Bruxelas, um memorando de entendimento entre a *European Region of the World Confederation for Physical Therapy / Physiotherapy (ER-WCPT)* e o *Standing Committee of European Doctors (CPME)* que reflete um compromisso acordado entre as duas profissões de trabalho

conjunto para uma saúde de alta qualidade para todos os doentes da UE. Este torna fisioterapeutas e médicos parceiros na prestação de cuidados de saúde de qualidade, assim a WCPT cumpre um dos seus objetivos centrais, o “elevar” o perfil da fisioterapia com vista ao reconhecimento da autonomia da profissão. Esta confederação foi fundada em 1951 e representa neste momento mais de 350.000 fisioterapeutas em todo o mundo através de suas 111 organizações membro, estando sediada no Reino Unido como organização sem fins lucrativos e registada como instituição de caridade. Entre 1998 e 2010 o fisioterapeuta português António Lopes foi o *Chairman* da Região Europeia da Confederação Mundial de Fisioterapia e *Chairman* do respetivo Grupo de Trabalho sobre Ensino da Fisioterapia, em representação da APF.

O *Comité Permanent de Liaison des Kinésithérapeutes dans l’Union Européen* (CPLKUE) é a organização Europeia que agrega as associações profissionais de cada país da UE, têm um papel relevante ao nível da educação, e estabelece como prioridade a livre circulação de Fisioterapeutas na UE. Para esta a educação deve cumprir um plano de estudos com a duração de quatro anos que envolva os professores na integração dos programas de intercâmbio, e estimule a aprendizagem continua conducente a outros graus académicos. A *European Network of Physiotherapy in Higher Education* (ENPHE) é a organização que reúne todas as instituições de ensino que lecionam ao nível superior a Fisioterapia, e o seu respetivo docente representante, trabalha em conformidade com a WCPT e CPLKUE, nela são definidas estratégias de ensino e facilitação de programas de intercâmbio de alunos e professores (Fernandes, 2003).

A nível nacional foi fundada em 1960 a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), sob a forma de associação profissional, que representa os Fisioterapeutas Portugueses ao nível nacional e internacional. Assume um papel de defesa dos “direitos e prerrogativas dos seus associados e [mantêm], quer a nível nacional, quer internacional, relações com organizações

congénères.” (APF Estatutos, Art.º 2-d), defende a ética, a deontologia a qualificação e o desenvolvimento da profissão.

No ano de 1999 foi fundado o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SPF) que recebe apoio de outros sindicatos dos técnicos dos vários ramos da saúde, *“Desde o início do Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SFP), em 16 de Janeiro de 1999, que os fisioterapeutas têm um parceiro social próprio, que os defende e representa”* (SFP, 2016). É uma associação sindical que abrange todos os Fisioterapeutas independentemente do local onde exerçam a sua atividade. Tem como principal objetivo a defesa e dignificação do exercício da Fisioterapia, e ainda a proteção dos direitos e interesses dos seus profissionais. Dedica-se igualmente à promoção da formação profissional, deontologia, qualidade e condições de vida e de emprego dos Fisioterapeutas (SFP Estatutos, 2016).

Para além destas, a *World Health Professions Alliance* (WHPA), que foi fundada em 1999 *“speaks for more than 26 million health care professionals worldwide, assembling essential knowledge and experience from the key health care professions in more than 130 countries.”* (WHPA, 2016).

A WCPT foi aceite desde 2006 pela WHPA e desta forma a Fisioterapia está nela integrada de forma análoga a outras quatro grandes profissões de saúde - Enfermeiros, Médicos, Dentistas e Farmacêuticos - o que permite ao Fisioterapeuta trabalhar em estrita colaboração com os demais profissionais de saúde de todo o mundo, não abdicando no entanto do cumprimento dos padrões que regem o seu exercício profissional, estando estes refletidos nas Declarações de Princípios de Recomendações da WCPT e vinculados no Art.º 2º dos Estatutos da APF. Esta situação coloca a fisioterapia num grau de diferenciação em relação às demais profissões que integram o conjunto das terapias. Também mais recentemente, na Classificação Internacional de Profissões (CIP) - *International Standard Classification of Occupation* (ISCO) os fisioterapeutas foram retirados do grupo dos “técnicos e profissões associados”, para serem

integrados na seção dos “profissionais de saúde”. Esta (re) classificação coloca assim os fisioterapeutas no grupo de profissões de saúde em paridade com médicos e enfermeiros entre outros, o que contribui para o reconhecimento desta profissão de saúde dando-lhe assim uma maior visibilidade social.

1.3 DINÂMICAS PROFISSIONAIS - O CASO DOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES

1.3.1 Para uma ideia da Prática dos Fisioterapeutas - Qualidade e Evidência

A palavra prática vem do grego *praktiké* cujo significado é, arte de fazer uma determinada ação, podendo ser ainda definida como uma atividade que visa a obtenção de resultados concretos ou a forma habitual de agir e de exercer de forma concreta um procedimento, um conhecimento ou uma arte. Blin (1997) define práticas como *“sistemas complexos de ação e de comunicação [...] próprios das interações entre indivíduos que participam num mesmo contexto (organização e instituição) profissional”* (Blin, 1997:142).

A Teoria das Práticas afirma que estas podem ser vistas como entidades culturais que formatam as perceções, as interpretações e as ações dos sujeitos, e que, enquanto na abordagem convencional a perceção fica ao nível do indivíduo, na perspectiva sociológica as práticas vão até ao fazer, a focagem deixa de ser a escolha individual e passa a ser a sua vida social, *“como nasce uma prática, como se reproduz, como se mantém, como estabiliza, como desaparece e morre. É, portanto, uma perspectiva analítica que faz um “reverse”, no sentido em que coloca as práticas a recrutar praticantes/indivíduos (que entram em contacto com diferentes práticas ao longo da sua vida) e observa a forma como fazem esse recrutamento, como se mantêm e fortalecem através da performance continuada desses praticantes.”* (Valente, 2013:43-44).

Segundo Santos a noção de “prática” refere-se a uma *“atividade humana intencional”* que de certa forma contrasta, com a *“teoria”*. Segundo a mesma autora o marxismo aplica bastante o conceito de *“praxis”*, e sustenta de forma constante a teoria numa conjugação dialética que permita aos indivíduos através da *“prática ou conjunto de práticas”* a transformação da natureza

através do seu desempenho. “A *intencionalidade da prática é uma característica importante, uma vez que encerra, em si própria, o conceito de finalidade [...]* “a prática” não é aqui entendida como um conjunto de atos humanos espontâneos, mas sim como uma ação intencional, com um objetivo próprio que visa a mudança social” (Santos, 2011:63).

Podemos ainda considerar que a prática incorpora um ator, um objetivo, uma situação, um objeto, um processo e no final um resultado dessa mesma prática, esta é então uma ação com um percurso e um fim determinado. As boas práticas de cuidados surgem interligadas com o conceito de prática baseada na evidência e qualidade, através de diferentes contributos de investigação dos procedimentos utilizados e dos seus resultados. A sua aplicação tem sido liderada por países como os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, Canadá, Austrália entre outros, onde a elaboração de manuais orientadores das boas práticas é um pouco diferente quanto à sua organização. O conceito de boas práticas - *Best Practice, Good Practice, Clinical Excellence, Practices Exemplary* - parece ser, no entanto, mais vasto que os procedimentos orientadores, como as *guidelines*, embora os dois se possam associar. O recurso às boas práticas é atualmente um assunto de grande visibilidade, tendendo a identificar modelos desejáveis de ação a seguir ou reproduzir, não levando estes sempre a resultados favoráveis, especialmente quando os modelos adotados são “*importados*”, pois são descontextualizados do contexto da ação.

Esse conceito advém essencialmente da utilização de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos estruturados, fontes científicas e também no parecer de profissionais reconhecidos, tendo como objetivo a aquisição de respostas satisfatórias, de utentes e/ou profissionais no sentido de resolver problemas de saúde específicos.

Então, aquelas não são mais do que enunciados sistemáticos que têm em conta diferentes parâmetros, que podem ser técnicos, ético-legais, ou ainda psicossociais, e assentam tanto em avaliações como em intervenções

necessárias aos processos de cuidados e seus resultados. Por cuidados de saúde pode compreender-se de uma forma geral, todos os bens e serviços de saúde que são usados pelos cidadãos incluindo dentro desta caracterização global, todo o tipo de consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, como análises clínicas, imagiologia, fisioterapia, cuidados médico-cirúrgicos, vacinação, entre outros. De entre estes podemos ainda falar de cuidados primários, secundários diferenciados, continuados, paliativos etc., sendo necessário para que estes possam ser dispensados, a existência de profissionais com competências e saberes específicos. A Fisioterapia enquanto profissão de saúde e os fisioterapeutas enquanto seus principais atores, devem estar determinados a legitimar as suas opções de prática, tendo sempre por base os padrões definidos para a profissão, e a melhor evidência científica, para uma tomada de decisão consciente que determine processos de raciocínio clínico fundamentados e atuais.

Os “Padrões de Qualidade” vieram a partir de 2015 substituir os “Padrões de Prática” e as “Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia” elaborados e aprovados em 2003, cujo documento foi posteriormente retificado em 2008, passando a ser designado por “Normas de Boas Práticas para as Unidades de Fisioterapia”, atualizando este o anterior, o qual inclui linhas orientadoras de maior abrangência, aplicando-se a partir de então a todos os fisioterapeutas.

Este documento foi elaborado por um grupo de trabalho específico (Grupo de Trabalho de Qualidade em Fisioterapia), e teve como base a *Quality Assurance Standards for Physiotherapy Service Delivery* da Chartered Society of Physiotherapy (CSP, 2012), e as Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia da APF de 2008. Segundo esta associação são, “*um instrumento de promoção e garantia da qualidade [organizado] em 11 capítulos, tendo cada padrão um conjunto de critérios mensuráveis.*” (APF, 2015: 5-6). Este é um documento integrado de orientações dinâmicas aplicadas pelos fisioterapeutas, tendo grande abrangência e importância para definição

e delimitação do exercício da fisioterapia. Os diferentes padrões têm temas específicos e são os seguintes: 1) Gestão em Fisioterapia; 2) Autonomia e Responsabilização; 3) Prestação de um Serviço Seguro e Efetivo; 4) Aprendizagem e Desenvolvimento; 5) Cuidados Centrados no Utente/Cliente; 6) Consentimento; 7) Registo e Governação da Informação; 8) Comunicação; 9) Intervenção Clínica em Fisioterapia; 10) Avaliação dos Cuidados e Serviços; e 11) Promoção, Marketing e Publicidade de Serviços de Fisioterapia e Produtos.

Documentos como os Padrões de Prática (2002, 2003, 2005) e as Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia (2003), foram igualmente elaborados por um grupo de trabalho específico (Grupo de Trabalho “Padrões de Prática”), constituído por elementos dos diferentes órgãos sociais da APF, com base no documento original criado pela WCPT - *Core Standards of Physical Therapy Practice* - aprovado em Assembleia Geral da mesma em 1995. Em 2005 foi também elaborado pelo mesmo grupo de trabalho o documento, “Instrumentos de Auditoria aos Padrões de Prática”, adaptado do *Audit Tool*, da Região Europeia da WCPT, com o intuito de comparar a prática clínica com os padrões, medindo “a *“performance” de diferentes formas, dependendo da fonte de informação que irá indicar se os padrões e os seus critérios foram cumpridos*” (Instrumentos de Auditoria, 2005:6). Estes foram então concebidos com um objetivo de complementaridade, e com eles pretendeu-se aumentar a eficiência, eficácia, homogeneidade e regulação das suas práticas, com o intuito de aumentar a credibilidade deste grupo profissional junto, tanto dos seus doentes/utentes como dos seus pares. Em contraste com os Padrões de Prática, as Normas eram da inteira responsabilidade de cada fisioterapeuta e destinavam-se a ser aplicadas em todas as Unidades de Fisioterapia, incluindo as do Serviço Público, Privado e Social, quaisquer que fossem as suas dimensões. Estes são então, documentos próprios que estabelecem princípios que esta associação define no âmbito do exercício da fisioterapia em Portugal, e que, relaciona competência e profissionalismo, a que os seus membros aderem por filiação (APF, 2016).

As recomendações sistematizadas permitem aos profissionais o acesso a uma informação credível e atualizada sobre os mais diferentes procedimentos. As boas práticas ou as práticas baseadas na evidência, devem ter sempre em consideração a evidência científica proveniente de fontes de reconhecido mérito e estudos sistemáticos representativos da área de estudo, bem como a opinião de *experts*. As consequências das boas práticas apenas são evidentes quando determinam ganhos que possam ser cientificamente comprovados para os doentes/utentes. Estas questões são o ponto de partida para a análise do que significam padrões de prática, *guidelines* e práticas baseadas na evidência, e até que ponto essas funcionam como instrumentos de aferição, traduzindo-se em ganhos significativos para doentes/utentes, eficiência e eficácia organizacional, e qualidade das práticas, ou se pelo contrário, estes se traduzem em constrangimentos e/ou princípios redutores. O termo qualidade é por definição abstrato e definido de diferentes formas ao longo do tempo, resultando este de carências organizacionais e dos objetivos dos avaliadores, sendo cada vez mais assumida a necessidade de implementar sistemas de qualidade pelas organizações de saúde.

Este é, no entanto, um conceito recente, o que não impede o crescente enfoque e interesse pelo tema, para Vuori (1999:61) a inquietação com a qualidade remonta ao código de Hammurabi atribuindo a Sócrates a base intelectual de garantia dessa mesma qualidade. Com Hipócrates surge a preocupação com o não provocar “*dano*”, e a industrialização retoma a problemática do conceito de qualidade, mas só mais tarde este se expande à área da saúde. Como refere Mezomo (2001), aos anos 60 corresponde o controlo, aos 70 a avaliação, aos 80 a garantia, aos 90 a melhoria, e aos anos 2000 o desenvolvimento. Em Portugal o processo iniciou-se nos centros de saúde e serviços hospitalares, para presentemente ser objetivo das mais variadas instituições. A criação de sistemas de qualidade em saúde revelou ser uma ação prioritária, e as associações profissionais da área desempenharam um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade para cada domínio específico.

Importa aqui ressaltar o papel conceptual inerente à definição dos padrões de qualidade, *guidelines* e o acompanhamento da prática no sentido da promoção do exercício ao mais alto nível. Às organizações de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que facilitem o exercício profissional de qualidade, desenvolvendo esforços para proporcionar condições e criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento profissional, que deve satisfazer as necessidades dos profissionais e promover o envolvimento e empenho de todos em proveito dessa qualidade. É ainda fundamental por parte das autoridades competentes uma constante avaliação, sendo esta muito complexa essencialmente devido à multiplicidade de variáveis e situações que ocorrem no setor da saúde, por este ser altamente específico e uma área socialmente frágil vulnerável e de elevado valor representado.

1.3.2 Regulação Profissional e o Estado

Lopes (2006) considera o conjunto das atividades praticadas designadas por tecnologias da saúde, como tendo o seu marco legislativo inicial no final da década de 70, com o Decreto-Regulamentar 87/77. Este cria a carreira de “*Técnico Auxiliar dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica*”, que integrava já à época 13 grupos profissionais (audiometristas, cardiografistas, dietistas, ergoterapeutas, fisioterapeutas, neurofisiografistas, optometristas, ortofonistas, ortoptistas, preparadores de laboratório, protésicos, radiografistas e radioterapeutas) (Decreto-Regulamentar 87/77, Art.º 1º - 2).

O mesmo coloca em evidência “*O pendor prático das funções e a ausência de qualquer autonomia profissional deixam exposto o lugar socialmente periférico e tecnicamente subalterno que marca a génese institucional destas profissões*” (Lopes, 2006:112).

Os anos 80 trazem o investimento na formação e a criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra (DL 371/82), cujos cursos têm a duração de três anos e se tornam obrigatórios para o ingresso nas organizações do Estado (públicas). Inicia-se assim um processo profissionalizante tendo por base a relação com o estado, representando um sistema de *“credenciação ocupacional, que irá abrir caminho para posteriores investimentos no fechamento social destas ocupações.”* (Lopes, 2006:113). Esta é a década em que estes profissionais deixam de ser designados por *“Técnicos Auxiliares”* para passarem a ser designados por *“Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica”* através do DL 384-B/85.

A década de 90 assinala *“uma das etapas mais decisivas no desenvolvimento do fechamento social destes grupos ocupacionais. (...) É a fase que concretiza o efetivo início de uma trajetória de profissionalização, cuja visibilidade começara a desenhar-se com o articulado legislativo produzido na década anterior.”* (Lopes, 2006:113). Tal representa o início da produção de legislação com o objetivo de legislar especificamente estas ocupações, e não a carreira. Com a Lei 31/92, que sumariamente concede ao governo autorização para legislar sobre as atividades paramédicas, definem-se *“as condições do seu exercício, estabelecendo normas quanto à formação profissional e regulamentando as profissões correspondentes”* (Lei 31/92, Art.º 1º).

Esta condiciona o exercício profissional à posse de um diploma, certificado ou título adequado, de acordo com exigências expressas em regulamentação própria, quer em organizações públicas ou privadas, e ainda à titularidade de carteira profissional a ser emitida pelo Estado (DL 261/93). Tal regulamentação visa, a exigência de habilitações mínimas para o acesso a este tipo de atividade e ao seu exercício, os requisitos para obtenção do título profissional e para o seu registo, normas deontológicas e de disciplina aplicáveis, e ainda a definição do grau de autonomia e competências profissionais. Estes fatos segundo Lopes (2006) atestam *“o reconhecimento formal de uma relativa margem de autonomia - que aparentemente vem reconfigurar a relação com a profissão*

tutelar (a medicina) ” (Lopes, 2006:114), deixando no entanto inalterado o vínculo de subordinação espelhada na sua nova denominação - atividades paramédicas. Ainda em 1993 a formação nestas áreas é integrada no ensino superior politécnico, passando de um estatuto meramente prático e profissionalizante, para a integração no ensino superior com investimento na profissionalização.

Já no final desta década o DL 320/99 define os princípios gerais em matéria do exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica, procedendo à sua regulamentação. O exercício destas profissões fica dependente do título profissional correspondente, reconhecido pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS). Tal representa desde logo um reforço de regulamentação e uma consolidação do seu espaço social, e *“Com este decreto ficou, então, formalmente assegurado o monopólio sobre o mercado da prática - uma das condições de construção social da profissionalização - mesmo que tal não invalide o subsistir de situações de desempenho não credenciado, que transitoriamente possam escapar à fiscalização instituída.”* (Lopes, 2006:115).

A entrada do ano 2000 trás um novo enquadramento no ensino destas profissões com a ascensão ao grau de licenciado, inicialmente através do ensino biotápico (DL 3/2000), e o reforço da componente teórica da formação, deixando esta de estar unicamente ligada à execução prática. No entanto o que foi alcançado ao nível do monopólio da prática, foi obtido através do monopólio do mercado por diferentes mecanismos de credenciação, mas não alcançado em termos de autonomia funcional, por serem atividades de extensão do ato médico. Percebemos que neste processo não é alheio o papel do Estado no desenvolvimento destas profissões, emanando aqui a função reguladora desse mesmo Estado e não um processo de auto-regulação. Assim, e na linha da perspetiva de Foucault a ideia de governação rejeita, a noção de Estado como entidade coerente cujo poder político vai inevitavelmente de encontro aos interesses da sociedade civil. O Estado é então visto como um conjunto de instituições, procedimentos, conhecimentos e tecnologias que conjuntamente

e de forma combinada resultam numa forma particular de governação (Johnson, 2005; Light, 2005). Assim as trajetórias de profissionalização destas profissões estão relacionadas com uma regulação administrativo-burocrática, ou *hetero-regulação*, com intervenção direta do Estado no processo de credenciação e na sua tutela sobre os órgãos consultivos.

As questões ligadas às relações entre o Estado e as profissões suscitam controvérsia no debate sociológico, pelo fato da possibilidade da manutenção de uma relação consensual, visando as profissões uma autonomia cada vez maior, e o Estado o interesse máximo no exercício do seu maior controlo possível. Segundo diferentes autores, esta será razão da discórdia no debate sobre a relação profissões/Estado, de aparente antagonismo, pois, nesta relação o Estado procura intervir (controlo) e as profissões procuram autonomia. O Estado deixa, então, “nas mãos” das profissões as questões ligadas aos aspetos técnicos do trabalho o que será garantia da sua autonomia, esta denominada por Freidson como autonomia técnica, e que por oposição se contrapõe à dependência socioeconómica, existente segundo o autor, na relação profissões/Estado. Este distingue então diferentes tipos de autonomia, técnica contra socioeconómica e formas de autonomia, absoluta e relativa (Johnson, 2005; Light, 2005).

A visão dualista da relação profissão/Estado e de uma certa “semi-dependência” não corresponde de todo à visão Foucault, que afirma não poder falar-se em dualismo, pois as profissões constituem elas próprias um *output* da governabilidade sendo que, não será o domínio das técnicas que as distingue, mas sim, o domínio de determinados conhecimentos restritos. Foucault numa perspetiva histórica considera mesmo que a intervenção do Estado não representa agente facilitador à autonomia técnica, mas que representa um elemento que terá mesmo impedido algumas ocupações de atingirem o total profissionalismo. Assim Foucault aparece num campo de oposição à posição defendida por Freidson, para ele o Estado não é um agente externo, mas a forma institucionalizada do processo de governação, que inclui os peritos

(«*expertise*»), ou seja, as profissões. Para ele as profissões e o Estado surgem lado a lado como partes de um todo comum na definição das políticas oficiais. Por seu lado Larson, refere que é a intervenção estatal que funciona como o escudo e que garante a autonomia das profissões, confluindo para o ideal de Freidson. Para esta autora a relação profissão/Estado será de dependência mútua, o que aliás constitui uma perspetiva semelhante à de Foucault. Já Abbott refere que, na evolução histórica das profissões, o processo de lutas e competições em que os peritos reivindicam as suas áreas de domínio, é uma constante. Percebemos então que as profissões precisam do Estado para se afirmarem, mas o Estado não poderá menosprezar as profissões porque, no fundo estas acabam por se constituir como agentes legitimadores das políticas governamentais, funcionando estas como executores (Johnson, 2005; Light, 2005).

A fisioterapia portuguesa como profissão integrada na carreira das tecnologias da saúde transformou-se numa profissão regulada em 1999 através do Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de Agosto, por cédula profissional aprovada pelo Ministério da Saúde e atribuída unicamente aos indivíduos que à época detinham habilitações obtidas em instituições de ensino superior reconhecido para o efeito. A saúde é um setor altamente profissionalizado cuja inter-relação entre os seus trabalhadores é especificada basicamente por legislação e licenciamento. Com o aumento da definição do estatuto profissional percebemos que, a auto-regulação é uma responsabilidade das estruturas profissionais, suportada em códigos de ética e refletida no aumento da responsabilização dos seus profissionais, com o objetivo de uma maior eficácia, eficiência, e qualidade do exercício.

Já nos estudos funcionalistas a questão da auto-regulação era fundamentada, *“pelo quadro de valores e motivações dos profissionais (altruísmo e código de ética de prestação de serviço aos clientes e pela assimetria de posições no que respeita às qualificações e ao conhecimento técnico e especializado [...] conferindo aos profissionais e seus pares a capacidade de determinação dos*

padrões de qualidade e dos custos dos serviços, nas melhores condições para o cliente.” (Rodrigues, 2012:83).

Alguns autores consideram que a regulação é um método característico de controlo social efetuado, como já referido anteriormente, numa sociedade complexa e de alguma forma indissociável de credencialismo, tendo este como objetivo certificar e intitular os profissionais. Estas credenciais são maioritariamente atribuídas pelo Estado ou Associações Profissionais, que assim através de um painel de especialistas controlam o acesso, os padrões de desempenho, e número de praticantes, produzindo segundo alguns autores como Weber, alguma forma de desigualdade social e de oportunidades.

Para Crozier e Friedberg (1977) a sociedade funciona como um sistema de ação concreta, em que as suas partes se relacionam com um mínimo de estrutura, distinguindo-o de um simples agregado e dispondo de mecanismos de manutenção designados por - mecanismos de regulação -. Existem dois tipos de mecanismos e limitações observadas em todas as sociedades humanas, por um lado uma série de costumes que se vão esbatendo com o tempo e podem conduzir os atores a sanções formais ou informais aplicadas pelos órgãos com poder para tal. E por outro, os mecanismos automáticos tendencialmente impostos como resultado direto do esforço do grupo independentemente de seus objetivos específicos. Os resultados obtidos são comuns, gradualmente assimilados e discutidos como objetivo global. Os autores definem sistema de ação concreta como sendo *“um grupo humano estruturado que coordena as ações de seus participantes através de mecanismos de jogar relativamente estável e mantém a sua estrutura, ou seja, a estabilidade de seus jogos e as relações entre eles, por meio de mecanismos de regulação que são outros jogos.”* (Crozier e Friedberg, 1977:246), e constitui como que uma resolução aos problemas da ação.

Enquanto para Reynaud (1997) uma regra é um princípio organizador que pode assumir a forma de imposição ou proibição que determina rigorosamente um

comportamento, sendo mais frequentemente um “*ato guia*” que induz ao simbolismo, e que pode possuir dezenas de ligações.

Estamos assim perante formas de regulação do trabalho e do emprego baseados em princípios organizativos tais como: a certificação formal por obtenção de diplomas, (pelo reconhecimento do nível de conhecimentos científicos e competências específicas), a autonomia de decisão para a efetivação do exercício profissional, auto-regulação e fechamento do mercado de trabalho, a acreditação dos títulos académicos bem como a adaptação às alterações introduzidas com a Declaração de Bolonha, (esta como já foi referido anteriormente com o objetivo de padronizar os graus académicos nos diferentes países da união europeias). Estas questões colocam-se veementemente aos grupos profissionais e mais concretamente às suas Ordens e Associações, as quais pretendem ser representativas das classes profissionais. A fundamentação de que existem diferentes especificidades no setor da saúde em relação a outros setores de atividade económica, leva de forma determinante a que o estado desempenhe o papel de regulador num mercado caracterizado por um forte juízo de valores, e baseado essencialmente no princípio do acesso universal independentemente da capacidade económica da cada indivíduo.

Nesta base o estado reconhece desde 1993, através do Dec. Lei 261/93 de 24 de Julho, a necessidade de regular as profissões integrantes da designada área das tecnologias da saúde quando refere que “*a proteção da saúde dos cidadãos, constitucionalmente consagrada como um direito social, impõe ao Estado a adoção das medidas indispensáveis à sua efetiva realização, nas diversas vertentes que com ele se prendem*” e acrescenta ainda que nesse “*domínio, assume, sem dúvida, relevância o conhecimento de que aquele bem jurídico essencial deve ser protegido contra possíveis lesões praticadas por causa do exercício inqualificado de certas funções*”.

Em 1999 e com a entrada em vigor do Dec. Lei 320/99, de 11 de Agosto, é reforçada essa necessidade sendo referido que, “*nos serviços públicos de saúde*

aquele objetivo tem expressão no diploma da carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica” realçando a necessidade “de proceder a uma regulamentação mais alargada que igualmente garanta no setor privado idênticas exigências de acesso ao exercício profissional, sujeitando-se a prestação de cuidados de saúde ao mesmo controlo de qualidade”.

Apesar do anteriormente referido e volvidos que são dezassete anos estas carreiras continuam sem regulação efetiva, mesmo depois do verificado aumento dos seus saberes, competências, e investimento ao nível do ensino e reconhecido percurso evolutivo.

Sendo que, em 2012 e através da Portaria 35/2012, de 3 de Fevereiro, na sequência da Lei 9/2009 de 4 de Março, o mesmo Estado reforça que *“continua a justificar-se o acesso à prestação de serviços na área das profissões regulamentadas com impacto na saúde, que não beneficiem do reconhecimento automático, se faça mediante procedimento de verificação das qualificações profissionais”* isto conforme é referido, de forma a *“evitar danos graves para a saúde ou segurança do beneficiário do serviço, tendo em conta o risco de uma má execução técnica, devido à falta de qualificação profissional do prestador de serviços”.*

Atualmente a sociedade dispõe de diferentes associações e/ou Ordens com funções reguladoras das práticas profissionais que, na maioria dos países europeus só no início do século XX passaram a ter verdadeiro poder. Em muitos países como por exemplo em Portugal (1933-1974) onde vigorou um *“regime de Estado corporativo”* (Rodrigues,2012:7), no qual eram muito restritos os direitos e liberdades de associação, e em que o estatuto do trabalho nacional referente ao ano de 1933 previa somente, *“a existência de sindicatos nacionais, grémios empresariais e três ordens profissionais - de médicos, advogados e engenheiros.”* (Rodrigues,2012:57), estas eram então apenas atribuídas a profissões ditas liberais, com poder de controlo de acesso e exercício profissional, definição de código ético e manutenção disciplinar.

Em Portugal tal como em Itália e na Alemanha Federal as Ordens constituíram-se inicialmente como associações de direito público, tendo estas poderes para disciplinar a sua classe profissional, estabelecendo regras e aplicando sanções a quem não cumprisse essas mesmas regras. Após 1974 levanta-se a questão da razão da existência das Ordens profissionais, e segundo Rodrigues (2012), é após essa data que se assiste ao aumento exponencial do número de Ordens e Associações profissionais, sendo em 2012, 17 Ordens e 380 associações profissionais. A autora refere ainda que, *“No âmbito da sociologia das profissões, a existência de associações profissionais é interpretada como um indicador de aproximação ao profissionalismo ou modelo de organização profissional.”* (Rodrigues, 2012:49).

No contexto nacional e ao nível da fisioterapia, a APF enquanto única associação profissional define, como anteriormente já referido, *“o âmbito do exercício da Fisioterapia em Portugal.”* e pretende ter um papel unificador das práticas profissionais, independentemente do contexto de exercício.

Esta fundamenta o desejo de se transformar numa Ordem Profissional como meio de regulamentar o sector, baseando-se na garantia de qualificação, regulação legal da profissão e definição de um padrão de formação. Considera ainda a legislação existente em Portugal insuficiente para regular a profissão, e garantir ao mesmo tempo a qualificação, e o controlo eficaz das práticas profissionais, com o objetivo primordial de defender o cidadão de más práticas e promover a segurança da prestação.

A ausência de uma regulação efetivada pelo Estado, provavelmente por falta de conhecimento dos reais problemas e contextos de ação destes profissionais, tem-se traduzido numa desregulação, que urge corrigir, pois, coloca tanto profissionais como cidadãos sem um quadro regulador, com as suas consequentes exigências éticas, deontológicas e profissionais, que assegurem a qualidade e segurança dos cuidados prestados, tendo as profissões de assumir uma auto-regulação, mesmo não sendo este um modelo perfeito.

Até à presente data estes profissionais apenas se regulam pelo nível mais baixo, identificando-se através de uma cédula profissional emitida pelo Ministério da Saúde e atribuída a todos sem exceção, que obtenham o seu diploma passado por uma das instituições de ensino reconhecido. Este é, no entanto, um processo redutor pois, a sua atribuição é feita a todos os profissionais formados sem exceção, e não contempla posteriormente o controlo efetivo das práticas por eles desenvolvidas, subsistindo por falta de fiscalização instituída, a situação de desempenho não credenciado. Também na formação de base e perfil de competências à sua saída, se coloca o problema da falta de homogeneidade do ensino, situação verificada essencialmente devido ao elevado número de instituições de ensino existentes no país a formar fisioterapeutas e talvez também devido à enorme diversidade e efetividade do processo de aprendizagem.

Esta situação deixa em aberto o problema de acreditação e avaliação do ensino superior, que atualmente ocorre ao nível dos diferentes cursos, tanto em universidades como em politécnicos. É no entanto refletido por vários autores a questão da legitimidade do Estado no que confere à delegação de poderes às diferentes Ordens e Associações profissionais, competências que segundo eles, lhes deveriam ser próprias manifestando-se contra o crescente poder e visibilidade das mesmas, e do que consideram ser interesses corporativos e de grupo não deixando de recordar que, Portugal é um dos Estados-membros da União Europeia desde 1986, onde existem países em que a inscrição dos profissionais nas respetivas Ordens nem sequer tem caráter obrigatório. Numa perspetiva contrária, outros argumentam a defesa crescente da intervenção das Ordens na sociedade, defendendo inclusivamente o não limite ao cumprimento das normas deontológicas tornando-se mais abrangentes ao nível do controlo das práticas.

Para Friedberg (1993) os sistemas de interação que une os atores interdependentes num dado contexto de ação repousam numa base de poder ou troca negociada, sendo então importante levar em consideração o papel do

ator e a *“importância da formalização na estruturação dos campos.”* (Friedberg,1993:143). Esta é levada em consideração quando se pretende classificar os contextos de ação, sendo a formalização das estruturas e os diferentes papéis dos atores, classificações que identificam os sistemas de interação entre os mesmos e induzem a formalização como que a uma *“rutura”* dos contextos de ação. Para Bernoux *“o sistema concreto da ação cobre duas realidades: o sistema de regularização de relações e o sistema das alianças e dos seus constrangimentos [entendendo como regulação de relações] as regras de relações que se dão os atores para resolver os problemas quotidianos da organização [...] no sistema de alianças, as perspectivas necessariamente diferentes de uns e de outros levá-los-ão a opor-se a uns e consequentemente a aliar-se a outros”* (Bernoux, s.d:141-142).

Pode verificar-se segundo estes autores que, existe uma enorme interdependência entre os diferentes atores sejam eles individuais, ou como neste caso coletivos, conduzindo a uma reciprocidade de relações, onde ocorre uma desigualdade de poderes tanto a nível da identificação como da elaboração das resoluções de problemas comuns. Esta desigualdade vai conduzir certamente a constrangimentos na prática da ação, sendo de notar que o cumprimento estrito de normas padronizadas pode vir a traduzir-se num processo redutor do exercício das mesmas, devido ao fato de *“formatar”* a ação limitando a criatividade dos atores.

Também as novas condições da relação entre as profissões e o mercado de trabalho, tem servido de base para teses que apontam para a erosão do fenómeno das profissões e para a tendência à desprofissionalização conduzindo esta, apesar do crescimento desses grupos profissionais, a uma deterioração do seu estatuto profissional com perda de poder, autonomia e autoridade, como já anteriormente foi referido.

Com o número crescente de licenciados que anualmente sai das universidades, e consequentemente, com o aumento de profissionais que entram no mercado

de trabalho, o mundo organizacional sofreu transformações que apresentam diversos desafios e conduzem a novas reflexões. Podemos questionar se na realidade a prática diária destes profissionais é “guiada” por esses princípios, ou pelo contrário, eles não os colocam como princípios orientadores no seu exercício. E se não o fazem, será por se sentirem constrangidos, por falta de interiorização ou de controlo/fiscalização. Como já referimos anteriormente, as profissões são formas de organização e controlo laboral, e podemos mencionar profissionalismo quando, *“um grupo ocupacional organizado adquire o poder de determinar quem é qualificado para exercer que tipo de atividades, impedindo outros de o fazerem, bem como o poder de controlar os critérios de avaliação da qualidade do exercício profissional.”* (Rodrigues, 2012:9).

No atual quadro legislativo português os fisioterapeutas são os únicos profissionais de saúde habilitados a prestar cuidados de fisioterapia, e este é atualmente um tema de grande pertinência. Questões como a qualidade da saúde, as boas práticas profissionais, os cuidados de qualidade, as práticas baseadas na evidência e o cumprimento cada vez mais abrangente de *guidelines* em Fisioterapia, estão na ordem do dia. Por seu lado os fisioterapeutas têm o dever ético de basear a sua atuação profissional nas práticas recomendadas, o que torna os cuidados por si prestados mais seguros, visíveis, eficazes e homogeneizados. Segundo Abrantes *“paradoxalmente, a ideia de governança clínica nas tecnologias da saúde e o uso das práticas baseadas na evidência, [...] colocam uma ótica diferente quer no plano da regulação e autonomia profissional, quer no âmbito da normalização dos processos de qualidade e avaliação da prestação de serviços”* (Abrantes, 2012:3).

Torna-se evidente que esta deverá ser uma atitude cada vez mais interiorizada na ação diária destes profissionais de saúde, e uma constante nos seus discursos.

1.3.3 Dilemas da Ação Organizada ou Ação Profissional?

A sociologia a ação organizada requer a capacidade singular de cada ator para, exercer o controlo sobre determinados recursos controlando a “rede” de relações e originando uma modelação do sistema de ação concreto. Quando o individuo é incapaz de controlar qualquer tipo de relação não pode então ser designado por ator. Torna-se então importante perceber as diferentes formas como os sociólogos definem os indivíduos. Alguns autores como por exemplo Bourdieu, fala de “*sujeitos sociais*” ou agentes “*considerados na prática e imersos na ação, agindo por necessidade*” (Bourdieu, 1994: 67), já para Crozier e Friedberg, (1977) a figura do individuo é designada por “ator” e diferente de “agente”, para estes autores o mesmo é “autónomo, capaz de cálculo e de manipulação e que não apenas se adapta, mas inventa, em função das circunstâncias e dos movimentos dos seus parceiros” (Crozier e Friedber, 1997: 38). Segundo estes há uma inserção do ator, no contexto organizacional, que aqui será definido como um sistema de ação concreto, havendo uma dependência entre o ator e o sistema não existindo um sem o outro. Nele o ator é capaz de aproveitar oportunidades ou desenvolver estratégias, que podem alterar o sistema concreto, pela ação dos atores individuais ou coletivos.

A análise sociológica identifica assim os atores de um sistema de ação concreto, dependendo esta análise da sua finalidade. O ator (jogador) tem como única característica fundamental o estar numa situação de dependência, e também o controle de relações claramente identificadas, sendo, portanto, capaz de ser e exercer o controlo, definindo assim um conjunto de relações de poder entre atores. Podemos então compreender que, os atores são “*aqueles cujos interesses são afetados pelos objetivos ou atividades de um projeto de intervenção, quer por possuírem informações, recursos, experiência para a formulação das estratégias e implementação, quer por constituírem o público a quem se destina as ações*” (Guerra, 2006:111). Estes podem ser atores individuais e ou coletivos, uma organização ou instituição com projetos comuns.

Então em contraste com o agente individual, o ator estratégico é definido pelos jogos em que está envolvido, e pelo contexto vivido que o define como um ator interveniente no coletivo, movido pelas suas estratégias de poder, num sentido de influenciar a ação coletiva, sendo então relevante, a essa ação e não os comportamentos individuais.

Para Touraine o indivíduo moderno distancia-se totalmente dos já vistos anteriormente, e estes definem-no como um *“sujeito no mundo, que se sente responsável por si mesmo e pela sociedade”* (Touraine, 1992:262), este é um indivíduo reflexivo.

Para Dubar entre outros autores, o indivíduo é definido como autor, não lhe sendo atribuída *“uma autonomia todo-poderosa, mas fazer dele o produtor-enunciador de um discurso que, através das coerções do relato”* vão conduzir a uma *“articulação entre determinações sociais e construção pessoal, socialização e estratégias.”* (Dubar, 2004:65).

Neste sentido também os grupos sócio-profissionais (GSP) no campo organizacional da saúde, desenvolvem o seu quotidiano de ação profissional maioritariamente numa relação de equipa. A integração do profissional na equipa de trabalho só é possível quando este é detentor de uma cultura comum aos seus pares, e simultaneamente detentor de saberes próprios que enriqueçam essa relação de partilha. No entanto não podemos deixar de levar em consideração a questão da dominância de determinados grupos sobre outros e *“a crescente especialização nos mais diversos níveis periciais da prestação de cuidados, conjugada com a maior diferenciação e especificidade do trabalho desenvolvido por cada um dos atores, [que nos conduz] à constatação incontornável, da importância do coletivo para o processo de diagnóstico, tratamento e cura dos doentes.”* (Abrantes, 2012:159).

A formação das equipas na área da saúde caracteriza-se pela abrangência, na tentativa de evitar a rigidez e o isolamento disciplinar, tornando flutuantes as fronteiras dos grupos sócio profissionais, com o objetivo de conduzir à

focalização de todos os “*olhares*” num mesmo problema. É importante refletir sobre os tipos de interação que ocorrem entre os diferentes profissionais dentro da equipa, existindo segundo vários autores conceitos como multi, inter, e transdisciplinaridade, referindo-se estes ao funcionamento dessas mesmas equipas, pois estas não são universos fechados, mas sim estruturas dinâmicas e em constante mutação, tanto por ações internas como externas.

Por vezes funcionam de uma forma formal e estratificadamente, e por outras mostram-se informais ou integradas (Galván, 2007). A maior ou menor integração pressupõe, maturação em termos não só de grupo mas ao nível de cada ator (enquanto membro dessa mesma equipa). Almeida Filho, (2005) citado por Galván, define **multidisciplinaridade**, como, “*um conjunto de disciplinas que trata, simultaneamente, de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam efetivas trocas entre si*” (Galván, 2007:55). O problema é visto de múltiplas vertentes e numa justaposição de conhecimentos, sendo **interdisciplinaridade**, definida como “*a integração de diferentes disciplinas científicas sob a coordenação de uma delas.*” (Galván, 2007:56), representando a ação recíproca de um elemento sobre outro e vice-versa. Já na **transdisciplinaridade** existe uma dinâmica entre as diferentes disciplinas com um objetivo comum, e uma “*tendência à horizontalização das relações de poder. Cria-se um campo novo com autonomia teórica e metodológica com relação às disciplinas que o compõe.*” (Galván, 2007:56). Os diferentes profissionais devem trabalhar integrados na equipa procurando uma interligação de saberes. No entanto existem diversos obstáculos que se colocaram às equipas no seu quotidiano, que minimizam a eficácia da ação. Estes podem ser tanto de ordem individual, quando dizem respeito unicamente ao próprio indivíduo e ao seu posicionamento dentro da equipa, baseando-se nos seus saberes e identidade profissional. Coletivos, quando se referem aos elementos constituintes do grupo e da partilha de objetivos comuns no desempenho das suas tarefas, gerindo estes nas suas relações a competição,

poder, afetos, medos e conflitos. Ou ainda institucionais quando o saber é utilizado como instrumento de poder (Galván, 2007).

Os grupos sócio-profissionais constituem assim, um sistema complexo para os problemas estruturais da sociedade e, tem como principal característica a multifuncionalidade cuja estrutura de inter relações tem originado alguma estabilidade ao longo da história das profissões. Esta está estritamente ligada com o “*estado moderno*”, e a sua emergência e desenvolvimento não são mais do que, como já vimos anteriormente, o produto da evolução da divisão do trabalho e da sua crescente complexidade, relações com o estado e com a sociedade de uma forma geral. Existe ainda uma flexibilidade interna e um restabelecer da “ordem”, que permite a manutenção da sua identidade na mudança, apesar de esta não ser uma garantia constante devido essencialmente à vulnerabilidade das evoluções sociais por que passam os GSP, mesmo tendo cada um deles o seu espaço próprio no campo socioeconómico.

Estas mudanças podem conduzir a uma emergência de novos GPS originando uma reorganização do trabalho, utilizando estes novos grupos práticas emergentes, e um novo processo de estruturação do espaço, conducente a uma (re) contextualização das práticas profissionais (Lucas & Dubar, 1994).

Na fisioterapia a conjugação de um vasto leque de abordagens multidisciplinares e sua operacionalização depende, da capacidade de conjugação de diferentes disciplinas e experiências práticas que, procuram o conhecimento, “*skills*” e valores necessários à integração deste grupo sócio profissional numa equipa de saúde, com múltiplos desempenhos e múltiplas possibilidades de “o que fazer” e “como fazer”. Não podemos, no entanto, deixar de sublinhar, a importância da socialização e da formação na criação de um espaço comum a cada GSP, que conduz a um reconhecimento, tanto ao nível interno como externo, da especificidade das práticas e qualificações próprias que, originam uma identidade própria e um verdadeiro espírito de pertença.

1.3.4 Identidade Profissional - Seu Percurso e Tendências

A identidade profissional e a sua temática encontram-se no centro de uma sociologia que, pesquisa e procura analisar as dinâmicas de identificação social das atividades do trabalho. "Identidade" surge de uma forma abrangente no vocabulário corrente e nas ciências sociais, representando grande significado no contexto de vida de cada ator social. Assim falar de identidade não é falar apenas de um fenómeno psicológico ou sociológico de um ator, esta é construída ao longo da vida produto de sucessivas socializações. Segundo Marc (2004), quando estudamos identidade podemos verificar que contrariamente ao que poderíamos pensar este não é um conceito simples, mas sim, um fenómeno complexo e multidimensional, devendo-se esta situação essencialmente ao facto de cada individuo ser único e, portanto, diferente dos demais. É então enorme o “leque” de conceitos entre eles, identidade para si e para o outro, imagem, representação de si, socialmente ideal e sentimento de pertença.

Como refere Brandão (2014:8), *“O conceito de identidade é particularmente difícil de operacionalizar.”* Numa perspetiva sociológica Dubar refere que a identidade *“não é mais do que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto constroem os indivíduos e definem as instituições.”* (Dubar, 1997:105). Para ele existem dois processos identitários heterogêneos os quais se designam por “Atos de Atribuição”, quando se referem à identidade para o outro e, “Atos de Pertença” em relação à identidade para si. O primeiro caso define a *“atribuição” da identidade pelas instituições e pelos agentes diretamente em interação com o indivíduo. [...] O segundo processo diz respeito à interiorização ativa, à incorporação da identidade pelos próprios indivíduos*” (Dubar, 1997:107).

Silva numa perspetiva profissional refere que, a “génese” desta identidade *“é uma questão que tem sido objeto de estudos e reflexão de imensos trabalhos,*

incidindo em áreas distintas que vão desde os fenómenos de poder, à aprendizagem coletiva e [que] se cruzam com a problemática da mobilidade social” dando então a este género de análise um carácter de constante procura e elaboração “de um tipo ideal de formas identitárias com certas características homogéneas” (Silva, 2004:113). Para este autor compreender “a identidade profissional, enquanto fenómeno sociológico, passa por uma abordagem da relação indivíduo-organização, no âmbito da qual as interações sócio organizacionais vão estruturando o quotidiano do atores” (Silva, 2004: 113).

Segundo Santos (2011) a nossa identidade individual (*self*), diferencia-nos de todos os outros como um ser único, sendo este o ponto de partida para a construção da identidade que serve de base a todas as identidades sociais que vamos “absorvendo” e “enraizando” ao longo da vida de uma forma cumulativa. No entanto o que damos à nossa identidade social torna-nos diferentes entre iguais, prevalecendo no mundo social essa identidade individual. Giddens (1997) destaca mesmo um “eu” e um “mim” em que o “eu” funciona como a matriz e o “mim” como o eu social. Brandão (2014) citando Taboada-Leonetti (1999) refere que *“a identidade possui um duplo estatuto: por um lado, sendo um fenómeno de consciência, ela é individual; por outro ao situar-se na relação com o Outro, ela é também social.”* (Brandão, 2014:15).

Podemos referir então que as identidades se afirmam por dois processos, homogeneidade face a nós e diferenciação face aos outros, nunca sendo atribuída, mas sim construída e (re)construída de forma mais ou menos estável e durável. Com efeito as identidades sociais constroem-se simultaneamente a partir de componentes simbólicos e materiais. O grupo tem então uma função socializadora e catalisadora das identidades dos indivíduos não surgindo esta como uma simples sobreposição de diferentes papéis sociais, mas sim como uma totalidade dinâmica onde o grupo interage através de complementaridades ou conflitos.

Entre as numerosas dimensões de identidade a profissional possui uma importância central para o indivíduo, essencialmente devido ao fato do trabalho/emprego condicionar fortemente a construção da sua identidade social, e representar um papel estruturante nesse processo pela associação dos saberes específicos do grupo, grande ocupação na vida diária dos atores e ainda pela definição da sua posição social e *status*. Da sociologia das profissões à economia dos mercados de trabalho, passando pelo estudo das relações sócio profissionais, exploram-se alguns dos mais importantes domínios da investigação da dinâmica das identidades profissionais. Assim o trabalho quando reconhecido e remunerado constitui um aspeto quotidiano essencial, ultrapassando o Estado, as organizações e afetando todos os indivíduos confrontados com constrangimentos e opções de vida cada vez mais penosas, casuais e incertas (Dubar & Tripier, 1998).

O conceito de trabalho sofreu importantes transformações do seu paradigma e, Dubar destaca-o de uma forma central no *“processo de construção, destruição e reconstrução das formas identitárias, porque é no trabalho e pelo trabalho que os indivíduos, nas sociedades salariais, adquirem o reconhecimento financeiro e simbólico da sua atividade”* (Dubar, 2003:51), adquirindo através dele também a sua autonomia e cidadania. Brandão alude que *“aquilo que somos é o resultado de um processo de socialização, continuamente (re) construído na interação social [existindo então] uma dialética permanente entre o “individual” e o “social [referindo-se identidade] à experiência de nos sentirmos, por um lado, unos, inteiros, e por outro, diferentes e diferenciáveis dos outros”* (Brandão, 2014:7,15). Sublinhado a importância da socialização na formação de um espaço comum, passando a noção de construção da identidade profissional por uma socialização em contexto de trabalho, sendo esta para tal, decisiva no processo de construção social da identidade profissional. Dubar menciona ainda o processo de socialização como uma *“construção lenta e gradual de um código simbólico”* (Dubar, 1997:31).

As identidades profissionais podem ser consideradas formas socialmente construídas pelos indivíduos, para reconhecimento mútuo no seu campo de ação. Esta postura origina uma “Identidade Coletiva” que, apesar de não ser um macro conceito, pretende referir-se aos diferentes movimentos e organizações sociais que, com a sua construção e consolidação fazem depender a existência de um compromisso coletivo e o reconhecimento do “outro” legitimando-se a si próprio (Tavares, 2007).

Torna-se pertinente uma orientação para o que é coletivo, pois a construção de uma identidade profissional depende precisamente, da dinâmica das relações entre atores numa determinada atividade, o que conduz a um ideal de trabalho com a definição de padrões profissionais que, serão exigidos aos membros de um mesmo grupo sócio profissional sendo a identidade também, o reconhecimento pelos pares da especificidade da intervenção e competências próprias do grupo sócio profissional.

Mas é nas instituições de ensino que segundo Tavares (2007), citando Carapinheiro (1993), se dá início a uma apropriação relativa e seletiva da cultura profissional. Os seus principais valores deveram então ter neste período de formação, a sua fase de maior interiorização, com o objetivo de promover o mais precocemente possível a assimilação dos valores sociais e um vasto conjunto de aspetos éticos, morais e deontológicos da profissão, bem como noções de identidade e profissionalismo, de forma a cria-lhes precocemente uma consciência de forte e irredutível pertença ao grupo sócio profissional ao qual irão pertencer. No entanto posteriormente estes saberes serão sempre que necessário reajustados ao longo do processo de socialização profissional.

Como a socialização também a identidade é um processo em constante elaboração e permanentemente inacabado, é um conceito relacional, que implica um diálogo multidirecional entre os diferentes atores, o que origina um reajuste permanente consoante o contexto da ação e o percurso de vida do ator. Também a perda ocasional de uma determinada identidade profissional

terá um elevado impacto ao nível da conceção que o ator faz dele próprio e dos outros, estimulando-o à elaboração de um novo percurso, com uma renovada história de vida.

Podemos assim perceber que, tanto os indivíduos como os grupos tem a capacidade de definir e redefinir estratégias identitárias, o que lhes possibilita um sentimento de pertença e referência a um determinado grupo. Também a constituição de órgãos representativos de um grupo sócio profissional, tem por função a preservação do espaço específico para a sua regulação e organização, o que gera um sistema de formação próprio com capacidade negocial.

A incapacidade por parte do GSP para construir permanentemente a sua identidade, pode representar a aproximação a um processo erosivo pondo em causa uma ou mais bases constitucionais desse mesmo grupo. Podemos então dizer que, a identidade de um determinado grupo profissional se concilia tanto com o contexto histórico-social como com os mecanismos inerentes ao próprio processo identitário, sendo a identidade profissional garantida por um contexto específico de intervenção e por uma matriz unificadora que permite a diferenciação entre os diferentes GSP. Esta matriz é composta por aspetos específicos da profissão, componente ética e ideológica e por o conjunto de atores que partilham um referencial comum com as suas crenças e valores próprios (Santos, 2011). Inicialmente formada e modelada como vimos, através das instituições de ensino, a identidade profissional é mais tarde, consolidada através do exercício da atividade pela interação com os profissionais mais experientes no âmbito da profissão, ou por troca de conhecimentos e experiências com outros GSP.

Ao nível da saúde os seus profissionais são compreendidos como, atores portadores de uma identidade própria, o que lhes possibilita uma liberdade de ação conducente a uma identidade coletiva, sendo a organização o produto da formação coletiva dos seus interventores (Crozier e Friedberg, 1977). Em Portugal e do ponto de vista sociológico, como já anteriormente foi referido,

vários são os autores que se debruçam no estudo das profissões de saúde, com especial enfoque para Carapinheiro, Lopes, Silva, Tavares e mais recentemente Abrantes.

Carapinheiro (1993) afirma que, de todas as profissões do complicado sistema de divisão de trabalho na área da saúde, a única realmente autónoma é a profissão médica, sendo esta sustentada pela supremacia dos seus saberes e competências técnicas de organização e divisão do trabalho, o que lhe permite dirigir e avaliar o trabalho das restantes profissões com que se articula, não sendo no entanto objeto de avaliação por parte de nenhum outro grupo profissional, constituindo-se assim o saber como poder profissional.

Abrantes (2012) orientou o seu trabalho de investigação no sentido das controvérsias da construção social da ideia de qualidade das tecnologias da saúde, e os resultados obtidos permitiram-lhe interpretar a (des)construção e reconstrução social da atividade dos técnicos de radiologia, profissão da área das tecnologias da saúde, no sistema organizacional.

É, no entanto, escassa a produção referente aos demais profissionais da saúde na área das tecnologias de diagnóstico e terapêutica, como é o caso dos fisioterapeutas e tal fato pode verificar-se talvez, essencialmente, devido ao curto período de legitimação e regulamentação do processo de profissionalização deste grupo profissional, sendo este considerado ainda emergente comparativamente com outras profissões como medicina ou enfermagem. O aparecimento dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica não deixa de estar intimamente relacionado com o avanço das diversas tecnologias do sector da saúde, bem como, com a sua consequente especialização, aumento de competências e saberes, sendo estes uma exigência imputada aos seus diferentes elementos.

Estes profissionais pertencem ao grupo de pessoal técnico, em virtude das profissões por ele abrangidas serem consideradas dessa natureza, inserindo-se nos corpos especiais da saúde instituídos pelo Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de

Junho, art.º 16.º, alínea h. Deste grupo fazem parte segundo Rodrigues (2012), as novas profissões intermédias no que respeita ao nível de qualificações e autonomia ocupacional. São grupos ocupacionais emergentes, resultantes de processos de especialização e formação laboral, cujo paradigma tem profissões como a fisioterapia, ou ainda diversas profissões técnicas do setor da saúde bem diferenciadas entre si, tendo em comum o facto de os profissionais nelas incluídos desempenharem as suas funções, *“em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planejar, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção.”* (Decreto-Lei nº. 564/99, de 21 de Dezembro, art.º 3º, nº 2).

Têm um modelo de certificação aberto, e de credenciação diversificado tendo, no entanto, como base o diploma, a experiência e/ou a formação específica, sendo o objetivo major das associações profissionais a obtenção de regulamentação. Têm uma dinâmica profissional que insiste na definição de um campo de prática dominado pela autoridade médica e a aquisição de atributos profissionais estáveis caracterizados por saberes próprios.

A sua construção identitária opõe-se, no entanto, ao atual estatuto marcado ainda pela dependência médica. Segundo Druker (1999), estes profissionais podem ser designados por *“tecnólogos”* pois, sendo trabalhadores do conhecimento, fazem o seu trabalho baseado nos saberes adquiridos ao longo não só, da sua formação académica e contínua, mas também ao nível do trabalho manual baseado este num elevado nível de conhecimentos.

É desejável pois, que seja diretamente proporcional a real correspondência entre o aumento de competências e a autonomia dos profissionais relacionando-se esta intimamente, com o aumento da responsabilização dos atores pelas suas práticas, o que pressupõe desde logo e cada vez mais, uma sólida formação ao

nível académico. Para aquele autor é igualmente importante o investimento do próprio profissional nos seus pontos mais fortes pois, a sua contribuição é efetuada não só ao nível dos seus pares, mas enquanto membro de uma organização, pretendendo-se que o seu desempenho seja efetuado de forma eficiente e eficaz. É, portanto, então significativa, a sua aposta ao nível da progressão de carreiras essencialmente com base no constante incremento dos seus saberes e competências. Este acontece não só, pela troca de conhecimentos entre pares, como ainda, por troca de experiências efetuadas ao nível inter-profissional com os demais GSP dentro da organização. Com um passado de “auxiliares” limitados na sua ação e restringidos na sua autonomia, um presente regulado em busca da preservação da sua identidade profissional, poderá o seu desenvolvimento futuro ser refém do passado e constranger de alguma forma a evolução do futuro.

1.3.5 Contexto Organizacional e Profissional na Saúde

A atual sociedade caracteriza-se essencialmente pela diferenciação, e os seus (atores) têm diferentes atributos, ideias, valores, interesses, aspirações, e desempenham diferentes papéis. Tal torna a vida em sociedade muito complexa e frequentemente envolva em conflitos de opinião, de interesse, e de valores, que envolvem autoridade, liderança, poder e hierarquização, conduzindo bastas vezes a conflitos relacionais.

Quando abordamos os grupos profissionais e as organizações de forma geral e as de saúde de forma particular, não podemos dissociar os diferentes papéis que os atores assumem no desempenho das suas funções em contexto organizacional. As alterações ao nível deste paradigma e a reestruturação das organizações de trabalho conduziram, nas duas últimas décadas do séc. XX a uma flexibilização das práticas laborais, o que originou por parte das organizações um reajustar da produção ao contexto económico.

Com diferentes pontos de vista tanto Marx como Weber referem as alterações históricas introduzidas pelo capitalismo no contexto sócio laboral e organizacional. Partindo de uma dinâmica em que, o capitalismo funciona como uma força de destruição criadora, e um processo de racionalização, o que origina grandes transformações ao nível do emprego e do trabalho, com todos os problemas que estas trouxeram às relações sociais. Temos então a destruição das antigas formas de fabrico que vão sendo substituídas por novos formatos de produção, mais inovadores, eficazes e rentáveis originando uma modernização do sistema laboral, conduzindo este, a um aumento da rentabilidade financeira o que implica uma maior flexibilidade e precaridade laboral.

Surge então um modelo organizacional intimamente relacionado com o trabalho precário, assinalado como pós-fordismo, por oposição à rigidez de produção implementado anteriormente por Henry Ford. Com ele, aparecem conceitos como flexibilidade e inovação adequados a um contexto globalmente atual de incerteza. Estes articulam-se com outros como, instabilidade profissional, disponibilidade total e adaptação de forma a dar resposta às necessárias do mercado.

Oliveira (2013) refere que foi Robert Boyer quem ainda na década de 80, relacionou precaridade e flexibilidade falando em “*flexibilidade danosa*”. A precarização do trabalho e o aumento do desemprego conduziram à incerteza e ao fim do trabalho para “*toda a vida*” o que gera insegurança ao nível pessoal e profissional e conduz a alterações socioeconómicas e familiares.

Segundo a corrente funcionalista, cada individuo tem na sociedade um papel próprio a desempenhar num contexto mais amplo, numa inter-relação com os outros à semelhança de um sistema aberto. Para Parsons as diferentes partes de um sistema são compostas por leis e regras de funcionamento, preocupando-se este essencialmente com o bom ordenamento social, com o objetivo de determinar a função que os indivíduos desempenham na estrutura social em que estão inseridos, visando a excelência dos factos. Este sociólogo americano

tido como conservador, desenvolveu as suas ideias num período em que a teoria dos sistemas estava na ordem do dia nas ciências sociais, e o sistema global era considerado o sistema de ação onde se inseriam os comportamentos humanos de inter-relação, contidos num ambiente físico-orgânico. Recebendo influência direta dos funcionalistas foi considerado, um estudioso da estratificação social e não da mudança ou da transformação. É visto como um admirador da organização tipo “*formigueiro*”, no qual o papel desempenhado pelos indivíduos está devidamente delineado, em função da manutenção e aperfeiçoamento de um macro sistema. Parsons foi antes de mais, um intelectual orgânico das novas técnicas produtivas, adotadas pela indústria desde o taylorismo e o fordismo. Expressões como adaptação, integração e manutenção amplamente utilizadas por Parsons, colocam-no como sociólogo conservador que, vê a política somente como um instrumento de garantia do bom funcionamento do todo, e jamais como instrumento da transformação.

Analisar a sociedade enquanto sistema social implica então, uma ordenação de papéis associados a diferenciadas posições numa sociedade moderna, implicando esta modernização alterações a vários níveis sejam eles, os capitais, os saberes ou as regras, estas por vezes insuficientes e incertas. Como refere Neves, “*a complexidade da sociedade moderna torna infrutífero qualquer modelo simplista que pretende descrever, esclarecer ou justificar a sociedade a partir de um único mecanismo ou aspeto: seja poder (Foucault), luta de classes (Marx), capital simbólico (Bourdieu) ou agir comunicativo (Habermas). [...] não há um sistema ou mecanismo social a partir do qual todos os outros possam ser compreendidos.*” (Neves, 2004:123).

O paradigma do estrutural-funcionalismo de Parsons perdurou até os anos 60 através das teorias do delito e do desvio que, se caracterizavam por uma visão consensual da sociedade, fazendo referência ao conceito de complexidade e, estando a pertinência deste presente em diversas partes da sua teoria.

Luhmann veio flexibilizar o estrutural-funcionalismo de Parsons, reutilizando o conceito de Merton de equivalência funcional, deixando a função de ser pensada como um resultado a ser alcançado, para passar a simbolizar um esquema regulador. A função é neste sentido a forma de controlo social dentro da sociedade, e numa visão sistemática, a organização é vista como um “*corporate group*” (Weber), uma “*coletividade*” (Parsons), ou um “*sistema social*” (Luhmann)

Para Bernoux uma organização pode ser definida de forma clássica por diferentes características, entre elas, a divisão de tarefas e a distribuição de papéis, sistemas de autoridade, comunicação e contribuição-retribuição. (Bernoux, s.d.:116). Já para Silva as organizações podem ser compreendidas como lugares sociais de “*onde emergem redes de sociabilidade específicas, [...] interpretáveis como um locus onde se confrontam os valores face ao trabalho e ao próprio contexto estrutural da organização*” não sendo esse um espaço unicamente físico mas de inter relação comunicacional, dinamizado em função das relações entre os diferentes GSP (Silva, 2004:105).

Por seu lado Friedberg (1993) refere que, a observação das organizações nos conduz a dois tipos de estrutura, uma formal, que corresponde à parte oficial e encriptada da estrutura, e outra informal, intimamente relacionada com a “*modelação das práticas, interações e relações não previstas oficialmente [...] e que formam aquilo a que se pode chamar uma segunda realidade paralela, em oposição à primeira.*” (Friedberg, 1993:145-146). A formal “*não é independente do campo de forças que modela [e] Enquanto instrumento do governo e de regulação da organização, é o produto de uma negociação entre os seus membros [sendo] a expressão cristalizada e codificada de uma relação de força*” (Friedberg, 1993:147). Esta baseia-se na capacidade dos atores para “*jogarem o jogo organizacional da cooperação e do conflito.*” (Friedberg, 1993:147). Sendo ajustadas pela própria estrutura formal e esta, com as suas regras formais, não dá mais que uma exposição aproximada do real funcionamento da organização, tendo estas como objetivo “*racionalizar os*

problemas, fazer desaparecer incertezas e acasos de comportamento e estabilizar, regularizar e desse modo tornar mais previsível o funcionamento da organização” (Friedberg, 1993:148), produzindo novos problemas que, geram novas incertezas, complicando e destabilizando o contexto da ação.

Assim, “As organizações formais não são mais [...] que a forma mais artificial, intencional e construída da classe geral das estruturas de ação coletiva produtoras de uma ordem local e contingente. [...] as «regras do jogo» dessas formas [designadas] «sistemas de ação concretos» são o resultado da interação estratégica e dos processos de troca e de poder entre «participantes» que servem ao mesmo tempo para canalizar e regular.” (Friedberg, 1993:158).

É agora possível falar de um *continuum* dos contextos de ação, e para o autor as lógicas da formalização da organização social podem ser definidas através de quatro dimensões: 1) formalização e codificação da regulação; 2) finalização da regulação; 3) tomada de consciência e de interiorização da regulação; e 4) delegação explícita da regulação. Podemos perceber então que, todo o sistema de ação concreto considera os atores como elementos agregadores, que se situam em posições “chave” para “negociar” conflitos de outros atores e que, com o seu poder garantem de forma real parte da regulação, efetuando os necessários ajustes sem os quais o sistema se fragilizaria. É de referir que nenhum sistema existe por si só sem estar sob a dependência de outros que, naturalmente irão influenciar os seus atores.

A regulação de todo o sistema de ação nos seus variados graus de formalização é, parcialmente endógena e exógena pois, é fruto de um ajuste em que uma das dimensões pode predominar, não se extinguindo, no entanto, a outra completamente, e não sendo nunca o contexto “desprovido de «organização», ou seja, de regularidades induzidas de comportamentos através de uma estrutura de poder e das regras do jogo que ela gera.” (Friedberg, 1993:163).

A regulação dos procedimentos ajustados à organização, o cumprimento dos objetivos e missão das mesmas conduz-nos a profissionais que enquanto atores

estratégicos, individuais ou coletivos, influenciam o sistema com as suas características e vivências pessoais, conduzindo o espaço organizacional a uma diversidade de conflitos e relações de poder, utilizando ainda as incertezas e os constrangimentos para dar origem a um sistema complexo de relações.

Em síntese, para aquele autor toda a ação coletiva é de certa forma «organizada», independentemente do seu contexto, e coloca em evidência a interdependência de um conjunto de atores, sejam estes individuais e/ou coletivos, em competição uns com os outros, tanto para a definição dos problemas como para a sua resolução. Esta interdependência conduz a uma reciprocidade de relações não equilibradas, sendo as suas ações intencionais ou não, atribuídas a uma estruturação pré-existente que, muitas vezes constrange os atores gerando desequilíbrios e consequências imprevistas, transformando-os em elementos da estruturação do campo, estabilizando as relações e impedindo o aparecimento de novos problemas e novas soluções para esses problemas.

Na verdade, percebemos que sem o envolvimento ativo de todos os atores sociais, não há espaço para qualquer tipo de mudança e compreendemos, que os interesses individuais condicionam uma cultura homogênea da organização, o que salienta a importância de uma atitude estratégica de cooperação entre os diferentes atores condicionada, no entanto, pelos objetivos individuais de cada um, ou na oportunidade que cada um deles possa visionar como fim para atingir os seus próprios objetivos. Passa então a haver como que uma identidade coletiva que não sendo um macro conceito social, se refere às diferentes “ações” nas organizações, apesar da sua construção e consolidação depender essencialmente da existência de um compromisso coletivo e do reconhecimento do “outro” como legitimação de si próprio.

Quando se fala em saúde, torna-se urgente a alteração da estratégia das suas organizações, bem como das decisões político-económicas, por quem detém o poder de resolução, com o objetivo de provar a evidência do valor custo

benefício dos cuidados prestados, sendo o mesmo só possível de demonstrar cientificamente através de comprovadas práticas de qualidade. Atualmente em Portugal ao nível da prestação de cuidados de fisioterapia, os fisioterapeutas detêm um aumento das suas competências e saberes, correspondendo por vezes e de forma inversa a uma gradual precaridade laboral com elevados níveis de desemprego.

Por sabermos que em sociedade as questões de saúde são políticas para além de sociais, tornou-se essencial fazer a ponte entre a problematização das ciências sociais e a prática profissional dos fisioterapeutas, relacionando com o conhecimento da atual sociedade e com a sua prática.

1.3.6 Ciclo de vida e experiência social dos grupos profissionais

Torna-se ainda essencial, depois de falarmos sobre o enquadramento dos grupos profissionais no contexto organizacional no quase-mercado de trabalho na saúde, compreender a importância do ciclo e das etapas da vida profissional, sendo este para muitos autores percecionado como *uma “série progressiva de ciclos ou sequências, isto é, [como] um caminho normativo no qual a maior parte - ou muitos - dos indivíduos passam, no seu caminho através da vida”* (Guskey & Huberman, 1995: 194). Huberman foca o seu trabalho essencialmente na profissão de professor, mas podemos através dele compreender as dinâmicas de outros GSP.

Este considera que a progressão de uma carreira é um percurso que se constitui de sucessivos fatos, não podendo muitas vezes ser considerado um processo linear, mas sim a maioritariamente complexo, com *“patamares, regressões, becos sem saída, momentos de arranque, descontinuidades”* (Huberman, 2000:38).

O autor identifica “etapas básicas” no desenvolvimento da carreira (dos professores) referindo que as mesmas não devem ser consideradas como estáticas ou lineares, sendo estas: 1ª) *entrada na carreira* 1º a 3º ano, é a fase de sobrevivência, descoberta e indagação da profissão; 2ª) *estabilização* 4º ao 6º ano, envolvendo um sentimento de pertença ao grupo profissional; 3ª) *diversificação ou questionamento*, do 7º ao 25º ano, é a fase de experimentação, motivação, e procura de novos desafios, sendo esta uma fase reflexiva; 4ª) *serenidade e/ou lamentações*, do 25º ao 35º ano, nesta ocorrer conformismo ou ativismo; e, por fim a 5ª) *fase de desinvestimento, recuo e interiorização*, do 35º ao 40º ano, pode ser uma fase serena ou pelo contrário carregada de amargura, é a fase final da carreira que precede a reforma.

O estudo das carreiras profissionais permite uma abordagem tanto psicológica como sociológica, pois permite estudar o individuo em contexto organizacional, e compreender a reciprocidade de influências entre o ator social e a organização. É ainda de considerar segundo Moraes (2016), “*que um dado modelo de recomposição identitário pode ser igualmente atravessado no real por um quadro da experiência social*” (Moraes, 2016:110), que para Dubet (1994) é compreensível pois, “*a diversidade das lógicas de ação e as exigências de individualização existentes nas condutas sociais, em particular nos contextos socioprofissionais, podem ser interpretadas como formas da experiência social moderna.*” (Moraes, 2016:110).

Para Dubet (1994) é na ação que se elabora o verdadeiro conhecimento da sociedade, ele distingue duas vertentes, uma comunicacional (interação e linguagem), e outra de ação racional. A experiência social torna-se então apta a dar sentido às práticas sociais, essencialmente através de três traços existentes nas condutas sociais, sendo o primeiro a heterogeneidade dos princípios culturais e sociais que organizam as condutas; o segundo a distância subjetiva que os indivíduos mantêm com o sistema e o terceiro, o facto de que a construção da experiência coletiva recoloca o conceito de alienação no centro da análise sociológica (Dubet, 1994:16-18). Ao definir a experiência como

objeto sociológico, o autor visa explicá-la “*como uma combinatória de lógicas de ação que vinculam o ator a cada uma das dimensões de um sistema*” (Dubet, 1994:105). Este repõe a noção de que as lógicas da ação são um conjunto social em que existe uma justaposição de três grandes espécies de sistemas: 1) comunidade; 2) mercado; e 3) sistema cultural, sendo cada um deles fundado numa lógica exclusiva (Brandão, 2014).

Podemos compreender que a experiência social não é mais do que o “produto” de uma articulação “aleatória” entre essas três lógicas, a de *integração* - onde o ator é definido pelas suas ligações à comunidade; *estratégia* - onde o ator é definido pelos seus interesses num determinado mercado; e pela *subjetividade* - onde o ator é definido com uma postura crítica em relação com a alienação e a dominação, mas não individualista (Dubet, 1994).

Este autor fornece então um quadro teórico, e uma análise da sociedade centrada sobre dois eixos: a ação social e a subjetividade, estando para ele em declínio a ideia de sociedade, enquanto representação clássica da vida social.

Podemos então referir em jeito de conclusão que, parafraseando Moraes (2016) as experiências sociais são, combinações subjetivas de elementos objetivos efetuadas entre diferentes modelos de ação, construindo o ator uma relação social através da sua experiência e das lógicas de ação que não lhe pertencem, concebidas com base nas diferentes dimensões dos referidos diferentes sistemas.

1.3.7 Crise das Identidades Profissionais - Dilemas e Incertezas

Não podemos falar no conceito de identidade sem deixar de referir a crise das identidades, Dubar (1997) refere que, “*Um pouco por todo o lado se fala de «crise das identidades» sem se saber muito bem o conteúdo desta expressão*” Dubar (1997:13).

Esta é assumida como o aumento da dificuldade da inserção profissional, da exclusão social, dificuldade na mudança, e desagregação das categorias de definição, tanto própria como de relação com os outros. Segundo o autor, podem distinguir-se três sentidos para a palavra crise, “*consoante ela se aplica ao emprego (o mais corrente), ao trabalho (o mais complexo) ou às relações de classe (o mais escondido)*.” (Dubar, 2006:86).

Devido à enorme complexidade e diferenciação das sociedades, têm-se assistido a um aumento exponencial do nível de formação, o que implica uma crescente hierarquização social que, segundo Durkheim caracteriza a sociedade moderna. Esta baseia-se na divisão do trabalho, diferentes profissões e especializações, conducente a uma maior interdependência dos diferentes atores sociais. “*A divisão do trabalho ou especialização das tarefas é um dos termos mais utilizados para caracterizar as sociedades modernas.*” (Fialho et al., 2011:37), implicando a modernização das sociedades uma organização seletiva, bem como, normas de rentabilidade condicentes, bastas vezes com aumento da flexibilidade dos trabalhadores e o seu despedimento. Esta é considerada uma resposta ao padrão *fordista*, que se caracterizava pela rigidez produtiva, e está associada à precaridade do trabalho e diminuição dos custos com o mesmo.

Desta forma para que o mercado seja mais competitivo torna-se necessário que as organizações e seus recursos se tornem também mais competitivos, e para tal é necessário inovar, podendo esta inovação ocorrer a vários níveis, tanto técnicos como humanos, permitindo às organizações criarem vantagens competitivas a curto, a médio e longo prazo.

A revolução industrial conduziu a uma modernidade, baseada em negociações salariais e conflitos de classe. Nos anos 70 em França, ocorre uma designada crise laboral, que conduziu ao aumento do desemprego, da desigualdade, precaridade e fenómenos de exclusão social. Esta situação verificou-se essencialmente ao nível dos jovens e das mulheres, o que conduziu a grandes

alterações na conceção do trabalho e do emprego, bem como, a uma deterioração da sociedade salarial. Tal situação tornou indispensável a conceção de regimes de proteção do trabalho, com o objetivo de fazer face à degradação, através de renovadas políticas sociais por parte do estado.

Ao longo dos anos assistiu-se, segundo Dubar (2006), a várias transformações nos papéis desempenhados pelos atores profissionais. Nos anos 50/60 começou por se presenciar uma automatização do trabalho (operários executores), nos anos 70 estes deram origem aos operários especializados, tendo-se o trabalho *“mesmo o mais «comum», [tornado] um desafio para o reconhecimento de si, um «espaço de palavra» a investir (ou não), um «campo de problemas» a gerir e para tentar resolver (ou não), um «universo de obrigações implícitas» e já não de «contrariedades explícitas de obediência» ”* (Dubar, 2006:97). Nos anos 80/90 passa a seguir-se uma lógica de competência, que numa primeira fase era atribuída à empresa que avaliava através da contratação, para posteriormente a desenvolver com o trabalho e a sua organização, reconhecendo-a através do justo pagamento de um salário. Neste período a formação feita de forma contínua era da responsabilidade da empresa e por ela gerida, sendo mesmo considerada um desafio estratégico com o objetivo de inovar, e um garante da identidade da organização de uma forma coletiva. Esta “seleccionava” os atores mais competentes, excluindo os menos competentes (considerados mesmo incompetentes), apostando no saber, saber-fazer e saber-estar que eram considerados os três suportes fundamentais da competência. Nos anos 90 e com o aumento do desemprego, a responsabilidade do alargamento das competências passa a ser dos próprios indivíduos, pois quanto maior o nível de competência, maior o nível de empregabilidade.

Os saberes herdados tornam-se insuficientes e é fundamental construir novos saberes, com o objetivo de fazer face às novas necessidades. As grandes empresas transformam-se assim, segundo Dubar (2006), em empresas rede descentralizadas, com baixos níveis burocráticos e divididas em unidades interligadas, tornando-se mundializadas. Este novo paradigma reduz efetivos,

dá origem a fusões e a falências, contribuindo enormemente para uma lógica de incerteza.

Visto o emprego preencher uma posição central na vida em sociedade enquanto ação social, e sendo através do trabalho que aquela se estrutura, o desemprego, a marginalização e a exclusão têm então grande repercussão ao nível das identidades (pessoal e coletiva) dos indivíduos, sendo estes fatores de incerteza. Dando a mudança sempre origem a uma confrontação entre o passado e o futuro, podendo esta ser voluntária ou forçada, planeada ou não.

Ao nível da identidade quando se fala de mudança, esta pode ser causada por alterações nas condições contextuais, facultando ou impedindo estas essa mudança, e tal pode verificar-se por alterações tanto na própria estrutura, como ainda através das nossas próprias experiências e avaliações, o que a torna o processo simultaneamente socializado e socializador.

As alterações de trabalho ocorridas ao nível das organizações, tendo como base, dinâmicas inovadoras essencialmente ao nível das grandes empresas, podem provocar situações de exclusão conducentes a uma crise identitária própria de avaliação das competências. Podemos então questionar, até que ponto as formas de ação coletiva perduram à “crise”, e como a podem superar. Percebemos que existe uma constante renovação das relações, que origina situações de união levando à superação dos problemas, e novos relacionamentos dão origem a “novos coletivos”, relações de afinidade dão origem a uma nova identidade, tanto individual como coletiva. A sua construção tem como base situações desfavorecidas como o desemprego, desfiliação e exclusão social.

É de referir que depois das identidades de ofício, classe e empresa serem desvalorizadas, conduzindo a uma crise de “não reconhecimento”, e após o modelo individualista de competências, muito focado no “eu” e fortemente competitivo, permanecer “carregado” de incerteza, este tem sido um percurso no sentido da precaridade e da crise permanente, conduzindo a uma constante

alternância de identidades, com o objetivo da estabilidade futura, e com grande repercussão ao nível do paradigma de incerteza das identidades.

1.4 OPÇÕES METODOLÓGICAS

1.4.1 Notas preliminares

Uma investigação não se realiza sem o auxílio fundamental de um conjunto de técnicas e procedimentos, bem ainda como a sua organização e sistematização que conduzem posteriormente a uma análise e interpretação dos resultados obtidos. Podendo a investigação científica ser definida como, o método disciplinado de recolha de dados observáveis retirados do mundo empírico, no qual é possível descrever e explicar, predizer ou controlar fenómenos. Este método é o caminho através do qual se chega ao resultado. Neste caso recorre-se a uma abordagem de natureza qualitativa com a finalidade de melhor compreender os complexos fenómenos sociais das dinâmicas de ação dos fisioterapeutas portugueses bem como, os fatores que condicionaram condicionam e condicionarão as suas práticas profissionais.

Foi nos anos 20/30 que um grupo de sociólogos investigadores do departamento de sociologia da Universidade de Chicago contribuiu, através de vários trabalhos realizados, para o desenvolvimento do método de investigação qualitativa, ficando estes conhecidos como “Escola de Chicago”. Entre eles partilhavam noções teóricas e metodológicas, baseando-se no estudo de caso, quer se tratasse de estudar um indivíduo ou um grupo. Este método sofre depois um declínio no final dos anos 30, para já nos anos 50 se verificarem desenvolvimentos significativos, tanto ao nível do trabalho de campo, como conceptual e metodológico. Ao nível conceptual muito contribuiu o trabalho de Erving Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life* que analisava as formas como as pessoas podem manipular a realidade social. Segundo Bogdan e Biklen (1994), a investigação qualitativa não foi, utilizada como expressão nas ciências sociais até aos finais dos anos 60, para os autores, é um termo genérico que como que agrupa diferentes estratégias de investigação que compartilham

características comuns. Os dados obtidos através desta técnica são muito ricos e descritivos em relação aos pormenores, e de complexo tratamento, sendo este o tipo de investigação escolhido para melhor compreender comportamentos e investigar fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural.

Numa investigação qualitativa os resultados obtidos são sempre, uma visão subjetiva que envolve necessariamente o investigador e todos os seus *skills* pessoais e profissionais, dependendo este então do treino, dos conhecimentos, mas sobretudo das capacidades do investigador que utiliza comumente como estratégia a entrevista em profundidade ou a observação participativa.

De revelar que a presente investigação assenta na utilização de um conjunto de técnicas documentais (recolha e análise bibliográfica e documental) e não documentais (entrevistas), com o objetivo de criar um vasto conjunto de informação visando o aprofundar dos temas em estudo. Assim, a primeira etapa de desenvolvimento da investigação teve um caráter exploratório utilizando técnicas de recolha de informação com vista a potenciar o aprofundar da problemática, sendo a recolha e análise documental e bibliográfica efetuada ao longo de todo o processo de pesquisa. Esta foi estruturada fundamentalmente em duas partes o enquadramento teórico e a vertente empírica, na primeira traçaram-se os fundamentos conceptuais do trabalho, e a segunda traduz a aplicação do estudo ao terreno com o objetivo de compreender a realidade num contexto de ação com características específicas, seguindo uma metodologia também específica que contém todos os dados obtidos através das entrevistas, aplicadas aos profissionais que se disponibilizaram a colaborar com esta investigação.

A questão de partida orientadora do projeto de investigação, e que neste caso é: *Quais são os fatores que condicionaram, condicionam e condicionarão as práticas profissionais dos fisioterapeutas portugueses, as suas estratégias de desenvolvimento, e a recontextualização das mesmas ao nível do exercício*

profissional?, presume um enunciado teórico que a suporte, mas também o sentido de curiosidade, que no presente caso é decorrente de uma visão interna da profissão, geradora de um *habitus* que “molda” a nossa forma de agir e pensar. Neste contexto a sociologia das profissões talha a matriz de pensamento a partir da qual se investiga o percurso de profissionalização dos fisioterapeutas, com todos os seus dilemas e constrangimentos das práticas.

A carência de investigação nesta área específica, como pode ser verificado através da revisão efetuada e apresentado no apêndice I, a par da consciência das tensões que se colocam neste campo de ação, conduzi-nos ao desejo da compreensão dos “mecanismos” de estruturação desta profissão, justificando desde logo a pertinência do estudo a realizar.

1.4.2 Tipo de estudo, instrumento de recolha e seleção dos entrevistados

Quando se fala em campo de ação estratégica e de ação organizada, esta que segundo Friedberg (1995) não é mais do que um “*processo de construção de uma ordem local [focada] na construção da ação coletiva dos homens*” (Friedberg,1995:30), torna-se relevante compreender os processos e as dinâmicas que “guiam” essa ação, bem como o seu contexto.

Esta investigação, como já anteriormente foi referido, baseia-se numa abordagem de natureza qualitativa, cujo objeto de estudo se centra na análise das *dinâmicas de ação dos fisioterapeutas portugueses*, e na compressão de quais os fatores que condicionaram o seu passado, contextualizar o seu presente, com o objetivo de compreender as tendências, problemas, incertezas do futuro, bem como (re)contextualizar o seu exercício profissional.

A problemática da sua evolução, e a reflexão sobre os fatores que a condicionam, bem como podem estes estar relacionados tanto com a formação de base, como com o seu contexto de ação,” e *considerando a omnipresença*

dos constrangimentos e regras do jogo específico que estruturaram a ação dos atores, só a análise crítica e necessariamente contingente permite à abordagem organizacional estudar as relações entre os atores num determinado espaço de ação particular.” (Morais, 2016:157).

O objeto de estudo é por definição o foco ou o eixo central da investigação, não sendo o assunto, mas o que de dentro do assunto o investigador pretende aprofundar, tornou-se neste caso essencial por identificar e refletir sobre as diferentes dinâmicas de ação, analisando a prática e equacionando as formas de mobilização e participação coletiva dos diferentes atores na construção de um percurso comum. É fundamental avaliar igualmente as estratégias dos atores, e esta investigação tem como propósito, analisar o percurso da fisioterapia em Portugal do ponto de vista sociológico, e como eixo de ação o estudo, história e evolução profissional dos fisioterapeutas nos diferentes contextos. Sendo que, *“a característica essencial da abordagem organizacional da ação social é relativizar todos os determinismos e todos os mecanismos de dominação [interessando-se] pelo constrangimento específico que as modalidades e as regras do jogo [...] fazem pesar sobre a capacidade de ação, de desenvolvimento e de mudança de cada um deles e do conjunto que eles formam.”* (Friedberg, 1995: 300), com o objetivo de avaliar o passado e o presente, para perspetivar as tendências futuras da profissão e dos seus profissionais, a desempenhar funções na área das tecnologias da saúde em Portugal.

A abordagem qualitativa ocupa hoje em dia, um lugar reconhecido entre as várias possibilidades de estudo de fenómenos que envolvem seres humanos e as suas relações sociais em diferentes contextos. Este tipo de abordagem conduz a uma profunda compreensão dos fenómenos no seu contexto de ocorrência, e do qual o mesmo faz parte, devendo ser analisado numa perspetiva integrada.

A opção pelo método indutivo e a adoção de uma estratégia hipotético-indutiva, recorre a modelos descritivos e interpretativos com o objetivo de compreender

a “vivência dos atores para reconstruir [...] a estruturação da situação ou do espaço de ação” desses mesmos dos atores, dos seus “jogos”, e “regras do jogo”. Dá-se prioridade à “descoberta do terreno e da sua estruturação sempre particular e contingente” (Friedberg, 1995: 300), com o objetivo de descrever e interpretar os “factos observados”, tendo sempre em vista a coerência das suas vivências. A descrição “*é primordial e reveste-se de uma pertinência especial, porque é ela que permite apreender o significado próprio de tal ou tal facto* [sublinhando] *toda a importância que esta atribui à vivência dos atores do campo*” (Friedberg, 1995: 301).

Segundo o mesmo autor essa estruturação não obedece a um “*empirismo simples*”, mas sim, e pelo contrário, baseia-se em diferentes princípios como “*a estratégia, o poder, a incerteza, o jogo, cuja articulação fornece um método de análise ou uma leitura dinâmica dos processos de estruturação das relações de troca e de negociação entre indivíduos colocados numa situação de interdependência*” (Friedberg, 1995: 301).

Quando o investigador inicia o seu trabalho de campo, “*a primeira exigência é o estabelecimento de uma relação de empatia com os atores do campo em questão* [que lhe vai permitir penetrar] *nas lógicas particulares destes últimos e que se possa compreendê-la a partir do interior*” (Friedberg, 1995: 301), ou seja o investigador “penetra” no campo para melhor compreender as suas dinâmicas.

No entanto uma investigação implica sempre o uso de técnicas e de instrumentos para recolha de dados, bem como a sua organização, sistematização e posterior análise e interpretação desses mesmos dados. Os instrumentos de recolha de dados são assim a base fundamental para o rigor na recolha da informação, podendo ser diferentes os seus níveis de precisão. Esta situação apenas se coaduna com o método qualitativo no qual a entrevista semiestruturada tem lugar de destaque, devido ao fato de este tipo de estudo

permitir uma melhor apreensão e representação de toda a complexidade e riqueza de um determinado contexto.

Assim no presente caso, como instrumento de recolha de informação, privilegiámos a entrevista de profundidade, para melhor mapear os discursos, as vivências e as experiências dos atores, esta é frequentemente utilizada nos estudos exploratórios. A dificuldade na sua aplicação deve-se essencialmente, à forma de efetuar a sua abordagem pedagógica, tendo esta como característica essencial uma grande flexibilidade, que partilha, no entanto, com outras técnicas como: histórias de vida, *focus group*, etc.

No caso particular da entrevista, há o recurso à investigação aberta não havendo normalização, este o ponto básico que a diferencia do questionário. Trata-se então de aprofundar um conjunto de variáveis com diferente estruturação, que oscilam entre nenhuma estrutura, e um grau intermédio ou moderado de estruturação. Também neste caso, não podemos deixar de referir o papel do entrevistador, pois, o êxito de uma entrevista depende essencialmente, das suas competências comunicacionais e de relação com os outros, bem como, da combinação da observação, sensibilidade e julgamento intelectual.

Aqui, ao longo de todo o processo, o investigador deverá manter sempre uma postura equidistante das tomadas de posição, com o objetivo claro de evidenciar um tratamento de igualdade total entre todas as fontes, e não, sendo de todo seu objetivo julgar atores e/ou os seus comportamentos.

Particularmente no caso do instrumento utilizado ser a entrevista, não deve apresentar uma postura inquisidora, mas sim discreta, este não deve formular opiniões ou demonstrar ideias pré-concebidas, *“mas é de uma curiosidade insaciável por tudo o que se passa no espaço de ação que lhe interessa. Toma nota de todas as indicações que lhe são fornecidas, segue os entrevistados no mais íntimo da sua «subjetividade», ou seja das suas argumentações, das suas*

justificações e das suas descrições, sem as contradizer, sem as reduzir nem as desqualificar” (Friedberg, 1995: 306).

No entanto o investigador não deve perder a sua exteriorização em relação ao contexto da ação pois, isso irá permitir-lhe ter uma visão mais abrangente do contexto de ação analisado, não podendo, no entanto, basear a sua exterioridade em dados exteriores ao próprio espaço, ou, em saberes próprios. Tal será possível efetuar através da comparação entre os dados de observação de que dispõe, recolhidos através de uma variedade de testemunhos resultante da amostra de entrevistados, que lhe vai permitir compreender a estruturação do campo de ação, e a categorização dos atores desse mesmo campo.

A entrevista é então, um instrumento que interliga práticas e significados, permitindo captar as informações e experiências do entrevistado, ao mesmo tempo que, se colhem discursos particulares referentes a diferentes significados sociais, transformando-a numa forma de conhecimento apesar de, não se poderem considerar fatos simples e puros, pois, estes são sempre resultado da interpretação do entrevistador. Esta é então o resultado social, constantemente alterado segundo o contexto de interação. Com exceção das entrevistas estruturadas, (que não representam o modelo da entrevista qualitativa), as semiestruturadas e as abertas, envolvem um diálogo entre duas (ou mais pessoas), um entrevistador e um entrevistado (que informa), sendo esta uma história “*induzida*” pelo entrevistador, num determinado contexto e de uma forma reflexiva. Tal fato envolve sempre uma situação de interação social com carácter artificial, regulada por um quadro padronizado, podendo este ser um *script* ou um guião de entrevista.

Envolve ainda o conhecimento do entrevistado sobre o assunto, permitindo-lhe utilizar o seu “saber” expresso (palavras, temas, discursos *in-group* comuns a que o entrevistado pertence) da situação.

Neste caso como objeto de estudo temos o grupo profissional dos fisioterapeutas e as suas dinâmicas de ação, e a amostra é constituída por doze fisioterapeutas com diferentes contextos de ação. ~

A seleção dos indivíduos foi efetuada por conveniência devido aos distintos papéis desempenhados, e de acordo com critérios de inclusão e exclusão específicos. Como critério de inclusão temos fisioterapeutas com diferentes papéis, contextos de ação, e anos de formação, que nas condições anteriores se disponibilizaram a participar na investigação. Pois, os atores são segundo Albarello et al. (1997) portadores “*de um ponto de vista próprio consoante a posição que ocupa na estrutura social*” (Albarello et al, 1997: 205). Seriam excluídos os fisioterapeutas com menos de dois anos de experiência, bem como ainda, todos aqueles que obviamente não quisessem participar no estudo. Deve referir-se que a amostra é considerada segundo diferentes autores, um subconjunto da população, devendo ser representativa dessa mesma população.

Procedeu-se depois à elaboração do guião de entrevista semiestruturada¹¹ aplicado à amostra intencional dos fisioterapeutas escolhidos por conveniência. Este tem por base diferentes dimensões e sub-dimensões (categorias de análise) consideradas pertinentes, para nos dar a conhecer a estruturação do espaço de ação em análise, com o objetivo de caracterizar o grupo sócio profissional, perceber as suas vivências e a estruturação das suas relações. Compreender ainda a sua trajetória de profissionalização, analisar as lógicas de ação e os constrangimentos a essa mesma ação, a que os atores possam estar sujeitos.

É composta por catorze (14) questões principais, abertas e flexíveis coadjuvadas por questões secundárias, para melhor aprofundar e sistematizar as dimensões definidas, distribuídas com base em duas (2) dimensões e cinco (5) sub-dimensões. Para Bardin (2004), “*As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise*

¹¹ Apêndice III – Guião de Entrevista

de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2004:111).

Neste caso as dimensões definidas como pertinentes para o estudo foram a (D1) *Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas* e (D2) *Interesses e Expetativas de Controlo e Desenvolvimento Profissional*. A 1ª tem ainda duas (2) sub-dimensões: 1) papel/estatuto social; 2) práticas profissionais/ensino. E para a 2ª temos três (3) sub-dimensões: 1) controlo social da profissão; 2) desenvolvimento profissional e 3) tendências de evolução da profissão. Foram ainda elaboradas seis (6) questões que nos forneceram os dados biográficos dos entrevistados com o objetivo de caracterizar o seu perfil sociológico.

1.4.3 Processo de Recolha de Dados

A aplicação das entrevistas foi precedida pela realização de uma validação facial de conteúdo das perguntas decorrente de um ensaio prévio,¹² que foi aplicado a uma amostra de conveniência de quatro fisioterapeutas em Abril de 2015, de forma a poderem ser corrigidas possíveis imprecisões que pudessem ocorrer quando as mesmas fossem aplicadas à amostra definida para o estudo. Os resultados desta primeira aproximação ao grupo profissional revelaram-se positivos, não sendo assinalados quaisquer problemas na recolha de informação, revelando as perguntas do guião uma grande flexibilidade e liberdade para estimular a verbalização dos atores e o rigor dos seus conteúdos, o que nos levou a optar pela integração das mesmas na análise de dados, final.

As entrevistas foram marcadas diretamente com os fisioterapeutas, e cada guião foi acompanhado por uma carta de apresentação¹³ na qual era dado a conhecer o projeto de tese, título, e onde era solicitada a sua colaboração no sentido de responder às perguntas da entrevista, e possível recolha de dados,

¹² Apêndice II

¹³ Apêndice IV

sendo então solicitada a sua autorização para efetuar a gravação da mesma. Na totalidade foi pedida a colaboração de dezasseis fisioterapeutas tendo-se obtido apenas doze respostas afirmativas.

Para garantir uma recolha e um tratamento dos dados efetuado de forma clara e sistemática, não se procedeu a uma recolha exaustiva, pois esta deve parar quando o *“analista, na recolha de dados, começa a «andar à roda» [e as] as informações começam a baralhar-se cada vez mais.”* (Friedberg, 1995: 318).

As entrevistas foram então efetuadas pela investigadora, após obtidas as autorizações para efetuar as respetivas gravações, entre Abril de 2015 e Fevereiro de 2016, tendo a duração média de 60 minutos. Foram gravados todos os registos, e posteriormente integralmente transcritos, sendo-lhes atribuído um número de série, de forma a cumprir a confidencialidade. Após tal procedimento, os mesmos foram devidamente analisados através de uma grelha de análise elaborada pela própria¹⁴, com o objetivo de permitir a extração de todos os dados relevantes.

Todo o processo foi, no entanto, muito moroso, e o enorme hiato de tempo no qual se obtiveram as respostas às entrevistas teve essencialmente a ver com os repetidos contatos, e insistência com alguns profissionais, no sentido da disponibilização do tempo para a obtenção de todas as entrevistas. Sendo que, nenhum dos dezasseis profissionais contactados negou expressamente o convite. No entanto a investigadora foi “obrigada” a abdicar de quatro dos entrevistados escolhidos, devido ao fato de após efetivar várias tentativas de contato, quer via correio eletrónico (com envio prévio do guião, pedido pelos mesmos), quer através de terceiros (secretários), quer ainda pessoalmente e via telefone, não ter sido possível os mesmos disponibilizarem o tempo para que a situação fosse viabilizada.

Assim foram efetuadas e transcritas entre Abril de 2015 a Fevereiro de 2016, as doze entrevistas efetuadas, representando estas 75% das entrevistas

¹⁴ Apêndice V

pretendidas. De entre os entrevistados quatro exerciam unicamente a profissão, não acumulando outras funções, tendo diferentes anos de formação (entre 2 e 14 anos). Seis deles são docentes em acumulação com outras funções, e dois exercem cargos de gestão, sendo um à época, presidente da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. Assim todos os entrevistados desempenhavam diferentes papéis, tendo alguns dos atores maior destaque na hierarquia profissional.

A média de idades dos entrevistados é de 44,75 anos, e a média de anos de profissão de 22,58. Dos doze entrevistados apenas 25% são do sexo masculino e do total de entrevistados 33,33% detêm o grau de doutor, 25% o de mestre, sendo de 41,67% o número de licenciados. As instituições de ensino em que terminaram a sua formação de base estão assim representadas: ESTeSL 66,67%, ESSA 16,67%, sendo a ESSDLD e a IPS_ESS representadas por 8,33%.

1.4.4 Tratamento da Informação e Limitações do Estudo

O uso de *softwares* específicos para análise de dados textuais tem sido cada vez mais frequente em trabalhos efetuados na área das Ciências Sociais e Humanas, e neste caso para a análise lexicométrica do *corpus* das entrevista, e para o processamento dos dados recorremos, ao software livre *Iramuteq*.^{15 16} Este tem ancoragem no *software* R e permite diferentes formas de análise estatística tais como: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades dos grupos; classificação hierárquica descendente (CHD); análise de similitude e nuvem de palavras, sobre *corpus* textuais formados pelo conjunto de textos a ser analisado, e “fracionado” pelo *software* em segmentos de texto, com o sentido de desocultar palavras e, com o intuito de melhor

⁸ Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) da autoria de Pierre Ratinaud do Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales, Toulouse-França.

¹⁶ *Software* livre desenvolvido em R (www.r-project.org) e na linguagem Python (www.python.org)

compreender e complementar as já possibilitadas pela análise estrutural de conteúdo (AEC). Esta técnica foi desenvolvida por J. P. Hiernaux e J. Remy da Universidade Católica de Lovaine.

Este tipo de análise é específico, e, pode ser definida como uma abordagem “*sócio- antropológica de análise das lógicas estruturais*”, segundo os professores J. P. Hiernaux e Remy. Trata-se de um procedimento analítico, com um enfoque sócio antropológico, orientado para a análise das lógicas culturais. Em termos exatos, a AEC tem como objetivo a descoberta da lógica da própria cultura e a sua relação com as práticas quotidianas dos atores sociais.

O principal objetivo deste tipo de análise é, a descrição e a compreensão da lógica de determinada cultura e, a sua relação com as práticas quotidianas dos atores sociais. A AEC procura “*revelar por debaixo da disparidade dos fenómenos, as relações ilegíveis ou diluídas que verificam uma ordem escondida*” (Bardin, 2002:205).

Esta viabiliza a utilização e quantificação de cálculos estatísticos sobre variáveis fundamentalmente qualitativas, como os textos e seus conteúdos. Hiernaux (1997) refere que um conteúdo é, essencialmente “*o que pode exprimir-se nos textos e nos discursos, a saber, o «sentido», ou, por outras palavras, as «maneiras de ver as coisas», os tipos ou os sistemas de perceção.*” (Hiernaux citado por Albarello, 1997:157) e, pode ser esquematizado graficamente através de estruturas de sentido. De relevar ainda que o conceito de “*estrutura*” nos campos literário e linguístico é definida como “*a rede de dependências e implicações mútuas que um elemento mantém com todos os outros, nesta interação dinâmica, o todo aparece como qualitativamente distinto da soma mecânica das partes: (...) resulta de uma integração orgânica de unidades que se diferenciam e delimitam reciprocamente obedecendo ao princípio da invariância relacional*” (Reis e Lopes, 1990: 140).

No campo narratológico, a estrutura pode assinalar um objeto organizado, ou seja, quando se aceita um determinado texto como objeto, este é composto

por uma organização interna, e, visto como um todo, a análise será então a descrição das unidades e, as relações que o constitui. Por outro lado, se se utiliza a estrutura como modelo que se constrói de forma abstrata, *“resultante da confrontação de fenómenos diversos dos quais se infere um conjunto de relações invariantes, [...] a Análise Estrutural limita-se a reconduzir o objeto concreto ao modelo uniformizador, sem visar a singularidade do próprio texto.”* (Reis e Lopes, 1990: 140).

Este tipo de análise pode ser utilizado de forma específica em diferentes tipos de texto, sejam estes originalmente escritos, transcrições de entrevistas, ou outros, que representam fontes tradicionalmente utilizadas na área das Ciências Sociais e Humanas.

A recolha da informação, a análise e tratamento dos dados foi então, nesta investigação, efetuada segundo os princípios da AEC, seguida de análise lexicométrica do *corpus*, que é uma técnica de exploração interpretativa dos conteúdos, especialmente nos estudos em que o *corpus* a ser analisado é constituído por volumoso material textual. A técnica assenta, segundo Garrido (2008), em três grandes conjeturas: 1) a realidade é uma construção social; 2) o conhecimento é uma construção social; e 3) estas construções são realizadas tendo por base disjunções binárias.

No presente caso, teve como objetivo desocultar a lógica relacional dos atores, e ainda, compreender profundamente as suas dinâmicas de ação, e as suas práticas quotidianas enquanto atores sociais. Somos então capazes de reconhecer que, o que se apresenta aos nossos olhos de uma forma informe e indistinta, é suscetível de ser analisado e sintetizado, sendo possível decompor em partes, e ser aprendido como um todo.

Então produzimos o conhecimento do real e configuramos a nossa realidade através, de cadeias de oposição e de associação, determinando estes processos as configurações das nossas perceções para outras situações futuras. Importa ainda acrescentar, que estes princípios de distinção e de oposição, não são

produtos simplesmente subjetivos, eles devem ser considerados intersubjetivos, surgindo dum contexto sociocultural específico. Então a AEC é sobretudo, uma perspetiva e simultaneamente um procedimento objetivado à decodificação e, compreensão dos sistemas de sentido característicos, que modelam e orientam as atitudes e os comportamentos dos atores (Hiernaux, 1997; Garrido, 2008).

Aceita-se assim como pressuposto no âmbito da AEC, que os sistemas de sentido se encontram inscritos nos mapas mentais dos indivíduos como esquemas de pensamento e de ação, sendo socialmente produzidos, reproduzidos e transformados em *continuum* (Hiernaux, 1997; Garrido, 2008).

Podemos aqui perceber que, diferentes grupos podem dar origem a diferentes interpretações, próprias da sua realidade social, devido a diferentes simbologias, culturas, valores e pensamentos, próprios dos seus atores sociais. Apesar da AEC reconhecer a presença de modelos culturais específicos de cada grupo social, ela não contesta a existência de partilha de modelos num quadro social mais alargado, pois, de acordo com a AEC, coexiste a diversidade social e cultural, admitindo simultaneamente a presença de um nível mínimo de coesão social e cultural. É então possível analisar a diversidade das formas de estruturas de sentido, através de operações de distinção, classificação e de hierarquização, associadas aos diferentes quadros de pertença e padrões de socialização dos atores. Esta procura reconstruir metodologicamente a estrutura simbólico-ideológica subjacente nos diferentes discursos sociais que, difundem o cenário social e procuram identificar as particularidades de cada um deles. Estas estruturas podem apresentar-se sob diferentes formas entre elas, “*ditos*” (textos, discursos, palavras), “*factos*” (práticas, comportamentos) e “*objetos materiais*” (disposição dos objetos) (Hiernaux, 1997; Garrido, 2008).

Então os «conteúdos» não são nem textos, nem discursos, são antes «*o que existe dentro*» da realidade, pois, “*os textos e os discursos são recetáculos, modos de expressão, manifestações. O objeto da análise de conteúdo não são*

estes, mas antes o que contêm” (Hiernaux, 1997:157). Há pois que separar a ideia de «conteúdo», da ideia de «texto», ou de «discurso», e associar estas às de «recetáculo» e de «modo de expressão», e aproximar a ideia de «conteúdo» à de «sentido», de «coisa que se exprime», que é o «objeto da análise de conteúdo». (Hiernaux 1997).

Segundo Ruquoy (1990 citado por Garrido, 2008), de uma forma prática, o primeiro nível da análise condiz com a descodificação do texto, a partir da identificação dos códigos e dos eixos semânticos, e, da estruturação dos códigos, respeitando pressupostos como: A reconstituição obedecer a procedimentos inspirados na linguística; Uma estrutura supõe pelo menos, dois elementos e uma relação entre eles; A oposição ganhar existência a partir do momento em que ela é definida, pelo menos por duas propriedades distintas, que são atribuídas respetivamente a cada um dos termos do código; A procura dos códigos não necessitar de dividir um texto em sequências; Se o inverso de A não é identificável diretamente, diz-se que A se opõe a não A; O analista tende a passar de uma pluralidade de códigos a um código único (de maior grau de abstração), o que coloca à partida um problema metodológico, pois a analítica das isotopias (“iso” = mesmo nível; “topos” = lugar) coloca estes “lugares estruturais comuns” a níveis diferentes de uma estrutura, não hierarquizando assim o grau de abstração dos códigos (Hiernaux, 1997; Garrido, 2008).

O texto pode ser reconstruído a partir de diversos agenciamentos de códigos, e a estrutura é uma composição de códigos suscetíveis de agenciamentos diversos: três modos de articulação: relações de equivalência; sistema cruzado; ou sistema hierarquizado.

Segundo Moraes (2016) os esquemas de pensamento são então *“o principal objeto de análise da AEC, procedimento que permite descodificar e fazer emergir as condições sociais da produção de sentido, cujas isotopias*

materializam e objetivam as diferentes formas de organização da realidade.” (Morais, 2016:167).

No presente caso o *corpus* foi formado pelo conjunto de textos gerados pelas doze entrevistas efetuadas, contemplando os diferentes discursos e não apenas as palavras mais importantes. Estes foram então submetido a três tipos de tratamento, frequência de palavras, seguida de extração da nuvem de palavras (Fig. 1) e análise de similitude entre as palavras (Fig. 2) que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência, e ainda a uma análise multivariada, de classificação hierárquica descendente (CHD), com o objetivo de extrair classes de segmentos de texto semelhantes, bem como, a sua projeção em planos fatoriais. Esta é uma análise lexical mais simples, porém graficamente interessante. O método classifica de forma semi-automática as palavras sobre *corpus* textuais e tabelas de indivíduos por palavras, segmentando o texto, identificando as semelhanças entre os segmentos e, hierarquizando as categorias de palavras com o objetivo de estabelecer pressupostos ou trajetórias de interpretação. Na análise de similitude os traços mais grossos representam as relações mais significativas entre as palavras, sendo a palavra central das relações o centro do *cluster*, do mapa “mental” das representações.



Figura 1: Exemplo de nuvem de palavras

Fonte: Entrevistas



Figura 2: Exemplo de análise de similitude

Fonte: Entrevistas

Neste trabalho foram então analisadas doze entrevistas que geraram diversos esquemas gráficos, semelhantes aos anteriores, que ilustram o tratamento parcelar de cada pergunta do guião (nuvem de palavras e análise da similitude), e também, os tratamentos especiais das dimensões e sub-dimensões, seguida de projeção das palavras em 2 planos fatoriais.

As perguntas foram tratadas conforme a ordem numérica do guião, e na parte final apresenta-se ainda uma síntese das tendências, dilemas e problemas, cujo objetivo foi tornar mais simples a análise de cada pergunta do guião, após as transcrições das respostas dadas pelos doze entrevistados para interpretar as nuvens, as similitudes, classificação hierárquica descendente, e planos fatoriais com as projeções dos agrupamentos de palavras nos seus quadrantes.

Na descrição da análise dos resultados, foi aprofundado ao máximo o que se obteve dos textos ou extratos das entrevistas, aproveitando na sua plenitude as palavras e frases dos entrevistados, principalmente dos entrevistados chave (atores chave), muito ricas em pormenores e considerações, situações complexas e muito profundas. Por fim articularam-se os extratos para a reinterpretção dos esquemas gráficos para dar um verdadeiro sentido sociológico à interpretação.

É importante ainda referir que como qualquer investigação, esta, apresentou diferentes limitações que se prenderam fundamentalmente com as normalmente apontadas ao método de investigação aqui em causa (qualitativo), nomeadamente a impossibilidade de generalizar os resultados obtidos e a natureza essencialmente qualitativa do mesmo. Também o fato de, para além de investigadora ser á mais de 30 anos, um elemento integrante deste grupo profissional, sentir o envolvimento, o conhecimento pleno das realidades e o sentimento de pertença, que a obrigaram bastas vezes a um distanciamento e um exercício de exteriorização em relação ao contexto da ação, que permitisse uma visão holística do campo, provocando um ajuste e (re)ajuste constante do seu “eu” com o objetivo de não enviesar a autenticidade científica dos dados

recolhidos, ou das opções por determinados conceitos ou teorias. No entanto penso que o *know-how* enquanto profissional foi uma mais-valia para a investigação, não sendo este um elemento limitador ou constrangedor, mas pelo contrário facilitador.

2. Resultados do Estudo

2. RESULTADOS DO ESTUDO

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES

Segundo fonte da APF ¹⁷ (2016), estimam-se em aproximadamente 10.000 os fisioterapeutas no exercício da profissão em Portugal, que segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2010)¹⁸ tem o código 2264.0 no qual são discriminadas as funções exercidas por estes profissionais¹⁹.

Este código reflete os grupos e subgrupos nos quais as profissões estão integradas, sendo neste caso, o grande grupo o 2, designado *especialistas das atividades intelectuais e científicas*, grande subgrupo o 22, *profissionais de saúde*, e subgrupo 226, *outros profissionais de saúde*. O grupo base é o 2264 cuja designação da profissão é 2264.0 - *profissão de Fisioterapeuta*. Segundo a APF ao nível da formação de base são inúmeras as escolas homologadas para o ensino da fisioterapia²⁰, conduzindo esta diversidade, certamente, a diferenças no “produto final” de saída dos profissionais que terminam a sua formação base em qualquer dessas escolas.

Todas elas deverão capacitar o licenciado para o exercício autónomo, ética, social e culturalmente responsável, sendo estes considerados os especialistas do movimento, funcionalidade e dor. Com recurso a diferentes terapias cognitivo-comportamentais e educativas, e ainda a terapêuticas específicas que

¹⁷ <http://www.apfisio.pt/>

¹⁸ <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/CPP2010.pdf>

¹⁹ Pág. 152 “Compreende as tarefas e funções do fisioterapeuta que consistem, particularmente, em: • Organizar e executar tratamentos ajustados à recuperação, manutenção e desenvolvimento das capacidades físicas dos deficientes e lesionados • Colaborar no diagnóstico avaliando os sintomas e as capacidades dos pacientes • Elaborar e executar programas de tratamento para recuperar capacidades físicas com recurso às técnicas de terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, hidroterapia, eletroterapia, raios laser, ultrassons e outras técnicas de inibição e facilitação neuromuscular • Ensinar e dar aos pacientes os exercícios para prosseguimento pelo próprio o treino funcional adequado para as atividades da vida diária • Tratar doentes de diferentes patologias (ortopédica, respiratória, neurológica, etc.) • Elaborar relatórios das observações efetuadas e evolução do doente • Participar em programas de prevenção e de reabilitação de lesões físicas.”

²⁰ Sendo segundo a APF (<http://www.apfisio.pt/>) 7 escolas públicas e 12 escolas privadas.

tem como base, as terapias manuais, os meios físicos e naturais e o movimento (exercício).

Ainda assim, e apesar da tentativa na homogeneização dos planos de estudos, primeiramente ao nível do espaço europeu com o processo de Bolonha, implementado a partir de 1999, com o objetivo fundamental de dar a oportunidade de forma equitativa a qualquer indivíduo de iniciar, continuar, ou concluir a sua formação académica, e obter um diploma europeu reconhecido em qualquer universidade de qualquer estado-membro, também ao nível de cada país as diferentes instituições e sistemas de ensino superior adotaram uma organização estrutural de base semelhante, oferecendo cursos e especializações análogas, com compatibilidade de conteúdos e de duração, conferindo diplomas equivalentes tanto a nível académico como profissional.

No entanto as diferenças parecem continuar a ocorrer, podendo esta situação ser verificada por diferentes fatores, entre os quais, a influência do contexto da ação, dos valores de cada instituição, e condições pedagógico-profissionais, que conduz certamente a dissemelhanças entre os profissionais. Verificando-se igualmente uma enorme diversidade de locais e situações de exercício, integração socio-organizacional com diferentes graus de complexidade, e de estruturação dos campos de ação, e naturalmente também, variados processos de estruturação.

Esta diversidade estimulou a minha curiosidade no sentido de melhor compreender e tentar explicar as dinâmicas profissionais, e os diferentes fenómenos ocorridos na trajetória profissional dos fisioterapeutas portugueses, os seus interesses e expectativas, desenvolvimento profissional, e ainda as tendências de evolução da profissão.

2.2 O AMBIENTE DE TRABALHO DOS FISIOTERAPEUTAS

A opção de analisar as estruturas organizacionais como instituições determinadas de forma exterior aos próprios atores, conduz neste momento a nossa atenção para a construção da ordem organizacional e para as práticas diárias destes profissionais nos seus diferentes contextos consideradas, um *continuum* processo dinâmico.

A vivência organizacional interessa-nos nesta abordagem para aprofundar o conhecimento do caráter negocial, e das regras do jogo entre os atores, e o aprofundamento do conhecimento sobre os seus dilemas, as suas incertezas e constrangimentos nos diferentes contextos de ação.

Para tal é fundamental perceber em que ambiente os fisioterapeutas desenvolvem a sua prática diária, através da descrição dos diferentes “cenários de ação” de um dia de trabalho destes profissionais, ou do grupo de profissionais, num determinado serviço de fisioterapia, tanto em contexto público como privado.

No setor público e por descrição de um profissional que exerce funções num hospital da área da grande Lisboa, as rotinas diárias passam pela chegada ao local de trabalho, num horário sempre constante e após o ato de se fardar, efetua o acesso ao computador onde toma conhecimento dos doentes que tem planeados para esse dia. Tal prática precede o início do seu dia de trabalho, o qual se inicia pelo tratamento dispensado aos doentes internados nas enfermarias dos diferentes serviços e que tem indicação para efetuar fisioterapia.

Estes mesmos doentes encontram-se igualmente atribuídos a um determinado médico fisiatra do serviço de medicina física e de reabilitação, com o qual, e sempre que necessário, podem trocar opiniões e/ou esclarecer dúvidas sobre os doentes.

Após o trabalho desempenhado nas enfermarias o fisioterapeuta, passa para o ginásio onde inicia o seu trabalho de ambulatório. Neste caso tem primeiramente para tratar doentes de pediatria, área que lhe está atribuída, para os quais dispõe de cerca de 30min/cada, posteriormente efetua tratamento a doentes de ambulatório com patologia geral, para estes dispõe de cerca de 20 min/cada, podendo tratar de todos ao mesmo tempo. Durante as 8h de trabalho refere fazer uma pausa de 30 min que são sempre utilizados para efetuar os registos obrigatórios para a estatística.

Os procedimentos diários são constantes não sofrendo alterações, fazendo ainda parte do desempenho diário, o registo de todos os atos e verificação da evolução, ou não, dos diferentes doentes, tal registo é feito diariamente e em suporte informático. Da prática diária fazem ainda parte as reuniões de trabalho, onde se debatem entre os profissionais do serviço (fisioterapeutas e médicos fisiatras) os diferentes casos clínicos. Apesar da prescrição, o profissional refere sentir autonomia na prática, tanto em contexto de enfermaria, onde tem a liberdade de falar com os outros profissionais da equipa responsáveis pelos doentes (médicos, enfermeiros, etc.), como em contexto de ambulatório. O número de utentes, (14/5h - enfermarias e 2/3/1h em ambulatório) é considerado adequado, pelo mesmo.

Podemos perceber pelo relato que, é preponderante a rentabilização do tempo tanto em relação ao número de tratamentos efetuados, como ainda do seu registo. Este para além do objetivo de procedimento profissional tem também, o caráter de controlo estatístico exercido pela organização, prevalecendo aqui a questão económica e a rentabilização.

Em relação ao contexto privado, falámos com dois profissionais que desempenham funções em clinicas privadas com diferentes acordos, sendo também diferentes as suas experiências. Num primeiro caso, a prática passa por ser, referida como diversificada todos os dias, apesar das rotinas serem semelhantes, e passa inicialmente sempre pelo fardar como primeiro ato, (este

e mesmo referido por todos os profissionais, sendo este ato a representação simbólica de uma identidade). Posteriormente e perante o plano de marcação, que é constante durante o número de dias em que o doente tem atribuídas as sessões de tratamento, é cumprido o horário, ou seja, o doente é tratado sempre pelo mesmo profissional e á mesma hora, respeitando a proximidade com o doente e o tratamento personalizado, significando tal que, o número de doente por cada hora é condicionado às necessidades. Já o tratamento pode sofrer alterações diárias mediante o estado do doente, não sendo neste caso efetuado um cumprimento rigoroso da prescrição inicialmente efetuada pelo médico fisiatra. Aqui percebemos que a avaliação efetuada diariamente pelos fisioterapeutas é atribuída uma maior importância, revelando uma enorme autonomia prática e conceptual, evidenciando o raciocínio clínico. Considerando maioritariamente que, sempre que o doente não pertence a um subsistema que obrigue a uma consulta do médico fisiatra, é avaliado numa consulta com o fisioterapeuta, a qual é designada por “avaliação em fisioterapia”.

No entanto e no decorrer da relação de confiança laboral existente entre o médico fisiatra e os fisioterapeutas, mesmo nos doentes dos diferentes subsistemas, e devido ao fato daquele profissional apenas estar em consulta uma vez na semana, os fisioterapeutas assumem toda e qualquer alteração de tratamento sempre que necessário, bem como a elaboração de relatórios e troca de opiniões e conhecimentos com demais profissionais de saúde e cuidadores do doente, como é o caso do médico de família, assistente social ou outro.

Neste caso verificamos uma autonomia funcional efetivada através do conjunto de conhecimentos e características que a estes profissionais, e neste contexto específico, é permitido desenvolver, tendo estes as suas competências, e responsabilidades éticas, como forma de gerir o seu campo de ação.

Mas percebemos também que, nem sempre esta profissional conseguiu exercer as suas funções da forma atual, dentro desta organização na qual desempenha funções de fisioterapeuta desde 1990, pois inicialmente era uma mera executora de prescrições, com um número elevado de doentes por hora, sendo a vertente economicista primordial para as clínicas nos anos 80 a 2000. Também e segundo a mesma o aumento constante das suas competências, foi primordial para o correspondente aumento de credibilidade e afirmação enquanto profissional.

Neste caso podemos perceber pelo relato que, esta organização se adaptou à mudança, e reconheceu o aumento de saberes e competência dos fisioterapeutas, o que produziu um aumento na qualidade do trabalho e uma maior proximidade com o doente, sendo neste caso o tratamento efetuado de uma forma personalizada, não sendo evidente a questão económica, apesar de subjacente.

Já no caso do fisioterapeuta que exerce funções atualmente e desde 2015, em outra clínica privada, também esta com diferentes acordos (não com SNS), o desempenho diário passa por um plano de marcações que varia diariamente, em que os doentes não mantêm horário nem profissional constante, sendo cumprido à “risca” toda a prescrição efetuada pelos diferentes médicos fisiatras que a clínica detém.

O plano é elaborado em suporte informático pela receção e alterado constantemente ao longo do dia de trabalho, sempre que é necessário, sem conhecimento prévio do fisioterapeuta, que inclusivamente o partilha com um técnico auxiliar de fisioterapia, tendo esta “equipa” a si atribuído um número de 10 doentes/hora. Neste período de tempo efetuam de forma equitativa a totalidade do trabalho, cabendo ao fisioterapeuta para além da aplicação dos meios físicos e massagem, também as técnicas mais específicas atribuídas aos fisioterapeutas, como é o caso da fisioterapia respiratória, e técnicas manipulativas.

Este é um caso em que, apesar dos fisioterapeutas deterem hoje como anteriormente já foi referido, formação superior ao nível de licenciatura, mestrados e doutoramentos na área da fisioterapia, com o inerente aumento de saberes e competências, não representar qualquer tipo de ganho ao nível da profissionalização, desempenhando um papel meramente de técnico, sem qualquer tipo de autonomia técnica ou funcional, efetuando um trabalho rotineiro, sem evidenciar qualquer raciocínio clínico.

Podemos compreender pela descrição dos diferentes cenários, e contextos de ação que, existe uma enorme disparidade nas realidades de ação, tendo as organizações tanto um papel facilitador como redutor das práticas destes profissionais, o que nos desperta para o debate das questões da autonomia no presente e no passado.

Será que o aumento da especialização o ensino graduado e pós-graduado conduziu estes profissionais, à afirmação da sua identidade e ao ganho de poder e autonomia na profissão? Estas são questões intimamente relacionados com as apresentadas por Freidson, sendo que para este autor, como referimos, o conceito de profissão assenta no controlo que exerce sobre o trabalho, ou no controlo ocupacional do trabalho, estando para ele na base do profissionalismo o ganho de conhecimento e de competência, considerando, no entanto, que a especialização coloca à sociedade problemas de igualitarismo.

2.3 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS FISIOTERAPEUTAS

Tendo por base as entrevistas efetuadas a doze fisioterapeutas, e após análise lexicométrica do *corpus* das mesmas, começamos a compreender as suas opções e motivações para a escolha da profissão, o seu trajeto, e ligação com o percurso profissional, e como tem vindo a ser construída a sua identidade, formação e regulação. Bem como as suas lógicas de ação, e a forma como percecionam a profissão e a desejam no futuro.

Como anteriormente foi referido, partimos de duas dimensões, *D1-Trajeto* e *D2-Interesses e Expectativas de Controlo e Desenvolvimento Profissional*, para a elaboração do guião da entrevista, que foi feito com o intuito de desocultar as lógicas da ação e das relações entre os diferentes atores, como ainda compreender as suas dinâmicas quotidianas. Esta “*categorização é [a] operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos.*” (Bardin, 2004:111)

2.3.1. Razões de Ingresso na Profissão

Através da primeira questão - *O que a/o levou a escolher a fisioterapia como profissão? Porque optou por desempenhar o seu papel nesta instituição?*, podemos perceber que a entrada na profissão ocorre fruto do acaso,

“Bom a fisioterapia é um bocadinho fonte do acaso”, E5

“A fisioterapia surgiu no meu percurso de uma forma inesperada.” E11

De ter anteriormente sido utente de fisioterapia ou, ser familiar de alguém que

devido a um qualquer tipo de lesão recorreu a estes serviços,

“Motivações pessoais e que se prenderam com o facto de eu ter tido um avô com um AVC” E6

“Curiosamente foi por ter experienciado primeiro a fisioterapia como utente.” E8

“Gosto pelas profissões na área da saúde e ter sido utente para recuperação de uma fratura.” E9

Ou ainda, e em maior número devido à “influência” de familiares ligados à fisioterapia, ou à área da saúde em geral, que pode ser refletido nos extratos do *corpus* das entrevistas, transcritos de seguida:

“A escolha natural de alguém que sempre viveu em hospitais (os meus pais eram funcionários do hospital de S. Maria) ”, E03

“Foi uma profissão que quis sempre desde pequeno, a minha mãe é fisioterapeuta e talvez por isso nunca pensei noutra coisa.”E7

“A área profissional de escolha, desde muito novo, sempre foi a da saúde, de certa forma influenciado pelo facto do meu pai ser enfermeiro.” E10

“A escolha foi em parte motivada pelo exemplo de uma familiar que era fisioterapeuta e em parte um pouco por acaso.” E12

Na realidade pelo conjunto de testemunhos acima descritos percebemos a não existência de uma de vocação natural para a escolha da profissão, sendo diferentes as motivações para tal escolha, independentemente da idade e número de anos de profissão dos entrevistados.

Também a forma como os profissionais fazem as suas escolhas ao nível do local e papel que desempenham, revela em alguns casos pouca determinação:

“Eu vim a convite” E6

“Estou na instituição porque foi o que me apareceu” E7

“Depois de terminar o curso calhou estarem à procura duma fisioterapeuta e cá fiquei” E8

“Surgiu também um pouco por acaso” E12

Mas noutros casos percebemos uma maior capacidade de decisão e uma razão específica para a escolha:

“Estou na escola, porque gosto do ensino.” E1

“Trabalho em Cuidados de saúde primários porque é uma convicção “.E2

“A escolha da instituição relaciona-se com o facto de ter sido um local de formação durante o curso” E9

“A opção prendeu-se com o desafio de iniciar e liderar uma nova área de intervenção” E10

“Ter oportunidade de fazer o que gosto na instituição que me formou foi um desafio” E11

Tal comportamento guia-nos para uma inicial “falta” de orientação fundamentada destes futuros profissionais, pelos valores intrínsecos da profissão, o que, segundo autores como Goode, pode distinguir uma ocupação de uma profissão, sendo esta para ele uma comunidade estruturada cujos membros partilham a mesma identidade, valores, objetivos, experiências e constrangimentos.

2.3.2. Representações do Grupo Profissional sobre a Profissão Fisioterapeuta

Não menos relevante é a ideia muito clara dos entrevistados sobre a importância da profissão na sociedade, caracterizando a realidade da mesma, atualmente e na época em que terminaram a sua formação base, revelando os extratos seguintes grande convergência discursiva.

“Profissão pouco divulgada na sociedade” E1

“A fisioterapia era/é um parente pobre da saúde” E2

“2010 não era muito diferente da atual, uma profissão/prática bem implementada no nosso país” E3

“Praticamente desconhecida” E4

“Uma realidade muito desconhecida, a maior parte das pessoas não sabia o que era fisioterapia” E5

“Acabei em 2014 e como tal a realidade é o agora” E7

“Uma profissão pouco falada e não devidamente reconhecida pela sociedade em geral” E8

“Hoje é mais conhecida e reconhecida quer pelos utentes quer pelos outros profissionais de saúde” E9

“1986 era substancialmente diferente do que é hoje” E11

Em relação aos profissionais formadores, pode notar-se pelos discursos, de forma clara, igualmente uma convergência discursiva, e que em alguns casos sugere mesmo uma marcada mudança de comportamentos ao nível da formação. Ou seja, inicialmente a formação era maioritariamente atribuída a docentes/médicos.

“Profissionais formadores foram fisioterapeutas e médicos, na sua maioria.” E2

“Os profissionais formadores foram os médicos, alguns enfermeiros que se tinham tornado “fisioterapeutas” e também alguns fisioterapeutas.”E4

“Um misto de profissionais de outras áreas, como da Medicina, e de fisioterapeutas” E8

“Essencialmente médicos e fisioterapeutas que acumulavam a formação com a prática” E9

“Os formadores eram essencialmente médicos especialistas (ortopedistas, neurologistas, pneumologistas, pediatras, fisiatras (++escolas públicas), alguns profissionais das áreas das ciências sociais e humanas (++psicólogo) e fisioterapeutas considerados experts em determinadas áreas ou com “jeito” para ensinar”E10

“Existiam muitos médicos fisiatras a lecionar que nos tentavam formar para cumprir prescrições médicas. E11

Que progressivamente foi sendo substituída por um corpo docente de fisioterapeutas, com reconhecida qualificação.

“2014 é o agora e os profissionais são essencialmente fisioterapeutas e alguns outros profissionais das áreas transversais” E7

“Hoje existe um corpo docente mais qualificado e diversificado.” E9

Esta situação, no entanto, não se verificou na Escola Superior de Alcoitão onde desde o início os profissionais formadores sempre foram fisioterapeutas.

“Os nossos formadores já eram fisioterapeutas” E5

“Os formadores em fisioterapia eram fisioterapeutas” E12

Podemos aqui vislumbrar uma crescente mutação no que concerne à progressiva substituição do corpo docente, como forma de controlo ocupacional do trabalho, em consonância com autores como Freidson, detentor de conceitos chave como autonomia profissional com base na decisão e ação.

2.3.3. O Exercício e a Formação para a Profissão Fisioterapeuta

Também a relação entre exercício e a formação, assim como a existência de consonância com a ação, foi alvo da nossa investigação, tendo aqui os entrevistados, revelado através das respostas dadas que têm discursos divergentes, respondendo uns que:

“A formação foi bastante virada para a prática, (...) na realidade não aplico o que aprendi na íntegra, mas tento seguir os conceitos base. Assim acho que existe alguma consonância” E2

“Os conhecimentos que aplico na prática profissional estão na sua maioria relacionados com a minha formação académica (...) portanto existe consonância com a ação” E3

“ na grande maioria há consonância” E7

E referindo outros por seu lado que:

“O exercício e formação estão (ou começam a estar) de costas voltadas. A consonância na ação deixou de existir no momento em que as escolas a passaram a ser integradas no ensino superior.” E4

“ O exercício profissional na minha perspetiva não acompanhou, e portanto o que nós vemos são pessoas que à partida parecem muito bem formadas mas continuam a desenvolver a sua atividade ao nível de profissionais intermédios ou de técnicos” E5

“Aquilo que se ensina nas instituições de ensino não seja exatamente de calcável (...) ao mundo do trabalho” E6

“Nem sempre as escolas preparam os alunos para uma entrada harmoniosa no mercado trabalho” E9

“A consonância é pouca, e a responsabilidade é de ambas as partes” E10

“Relação entre o exercício profissional não é ainda uma relação perfeita. A formação ainda é um pouco idealista, um pouco afastada dos modelos operativos existente” E12

Com relação a saberes e competências, inerentes às boas práticas e pelas análises e descrições, podemos, delimitar o que cada um dos entrevistados transmite com as suas ideias referenciando de uma forma geral com clareza os eixos orientadores das práticas quotidianas dos fisioterapeutas, os seus valores e identidade. Não só na relação com os utentes mas igualmente com os demais profissionais, contextualizando as suas “boas” e “más” práticas, em estreita ligação com a definição do que para cada um deles é um “bom” e um “mau” profissional.

“Boas práticas em fisioterapia devem seguir as práticas baseadas na evidência, (...) nas indicações científicas (...) adaptá-las às realidades clínicas” E1

“Boas práticas de fisioterapia (...) haver o esforço para avaliar as situações pelo carácter pessoal de cada uma (...) “bom” profissional seria o que consegue viver e trabalhar nessa perspetiva (...) e o “mau” aquele que não vê que em cada situação o individuo é único.”E2

“Bom profissional prioriza ao máximo a segurança/saúde do cliente e que aplica os seus conhecimentos tendo em conta a evidência clínica atual, (...) mau profissional coloca em causa a segurança do cliente, (...) sem evidência que o suporte e “atende” vários clientes em simultâneo.”E3

“Boas práticas incluem uma preparação teórica muito bem consolidada com especial ênfase na anatomia (...) bom profissional é aquele que consegue integrar todos os conhecimentos teóricos e práticos (...) Colocar/respeitar a pessoa é o que destrinça um bom de um mau profissional” E4

“Boas práticas é trabalhar de acordo com o que está descrito internacionalmente (...) dependentes também dos princípios éticos da profissão portanto as boas práticas também tem a ver com os princípios éticos da profissão e com os princípios da qualidade em fisioterapia tem normas de qualidade em fisioterapia” E5

“Esta profissão rege-se essencialmente por normas nacionais APF (padrões de prática) e internacionais (WCPT) logo as competências e saberes devem ser conforme. (...) sendo ético e desempenhando as suas funções com o objetivo centrado na melhoria constante do utente penso que será um bom princípio.” E7

“O profissional que domine tanto a parte das técnicas, como a parte humana, da pessoa como um todo, que temos à nossa frente “E8

“ Possuir um conjunto de saberes e competências específico que lhe permita intervir de acordo com a evidência e as boas práticas.” E9

“Primeira dificuldade resulta em saber o que é uma boa prática em fisioterapia. (...) A APF ou internacionais como a WCPT, que no geral “apenas” dão indicadores de como deve ser o processo da fisioterapia, a ética direitos e deveres intervenção efetiva, custo-efetiva e custo-útil, e nesse aspeto todos os fisioterapeutas deveriam ser obrigados a possuírem registos credíveis da sua avaliação e medição de resultados, a fazer “avaliações” periódicas para comprovarem que estão a seguir as melhores práticas e estão a obter os resultados expectáveis, pelo menos nas áreas em que esse conhecimento existe com níveis de evidência aceitáveis

Convém não deixar que a prática baseada na evidência se torne fascizante e que se baseie unicamente na investigação”E10

“Um fisioterapeuta para além da competência técnica necessita de um conjunto de aptidões para se relacionar com utentes/clientes, estabelecendo uma relação empática e de confiança com os mesmos “E11

Saberes e competências estarão relacionados (...) Assim um fisioterapeuta responsável, atualizado, reflexivo e cumpridor só pode ser um bom fisioterapeuta. Um “mau” fisioterapeuta será aquele que se acomodou na sua vertente meramente operacional delegando responsabilidades (...) um mero operacional.”.E12

Também aqui e de uma forma marcada nos diferentes extratos acima, podemos compreender a importância dada pelos entrevistados às suas “boas” e “más” práticas, em estreita ligação com a definição do que para cada um deles é um “bom” e um “mau” profissional, conceptualizando uma crescente especialização e divisão do trabalho, referida por autores como Durkeim, Abbott, ou Freidson, subsistindo no entanto ainda situações de desempenho não credenciado.

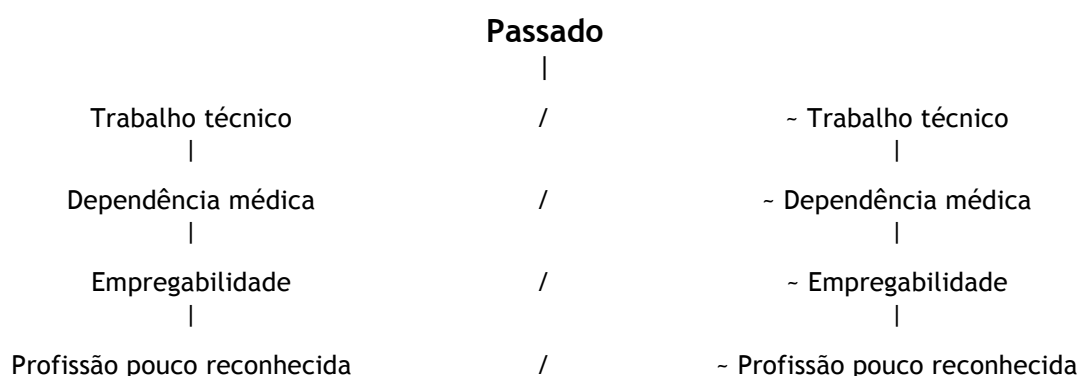
2.3.4. Lógicas da Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas

Com base nos pareceres referidos pelos entrevistados, descritos acima, e tendo em consideração apenas a primeira dimensão e as suas sub-dimensões, que aprofundam o conhecimento ao nível do papel/estatuto social e as práticas profissionais e ensino destes profissionais, estamos aptos neste contexto, e através das estrutura de sentido *“Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”*, Passado [A1], Influência Familiar [A1.1], Percurso da Profissão [A1.2], que refletem os discursos dos profissionais, possibilitando sistematizar o que até agora foi referido.

Para Hiernaux citado por Albarello (1997), “*os sistemas de sentido, [e] os modos de percepção que a análise de conteúdo procura detetar, não são apenas uma questão de entendimento, [ou] um fenómeno cognitivo. Ao estruturarem e orientarem a percepção, tendem igualmente a estruturar e a orientar a ação.*” (Albarello, 1997: 160).

Nestes através das suas disjunções e associações, espelham-se as contingências, dissociações e conjunturas que modelam o percurso desta profissão, refletindo-se aqui, e de forma continuada o conhecimento sobre o passado, a “chegada” à profissão, e as opções tomadas, ou seja, a “travessia” que a profissão efetuou no tempo, correspondendo esta ao seu percurso. Mas também a importância dada pelos entrevistados à formação académica ligada à escola, como base de uma intervenção profissional eficaz.

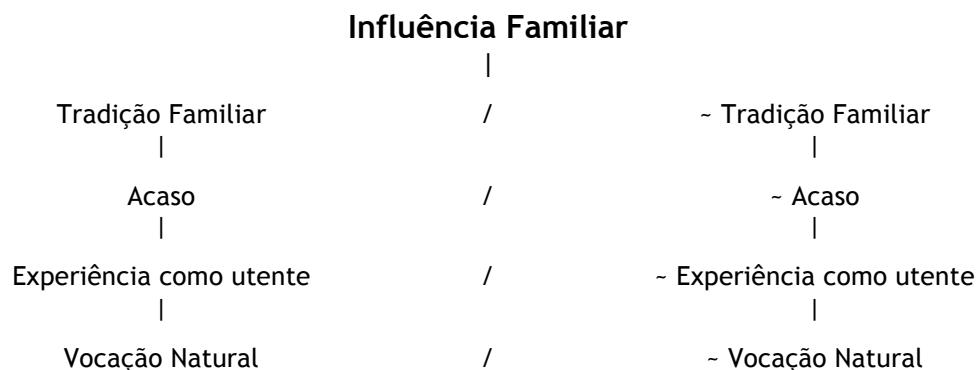
Assim (re) olhando atentamente o discurso dos entrevistados, podemos trespassar o *corpus* extraíndo o conhecimento mais profundo sobre o passado desta profissão, o qual deixamos aqui refletido na estrutura de sentido “*Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas*”, Tempo Passado [A1] e Influência Familiar [A 1.1] de forma a sistematizar o até referido agora.



Esquema 1: Estrutura [A1] - “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas” Passado

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

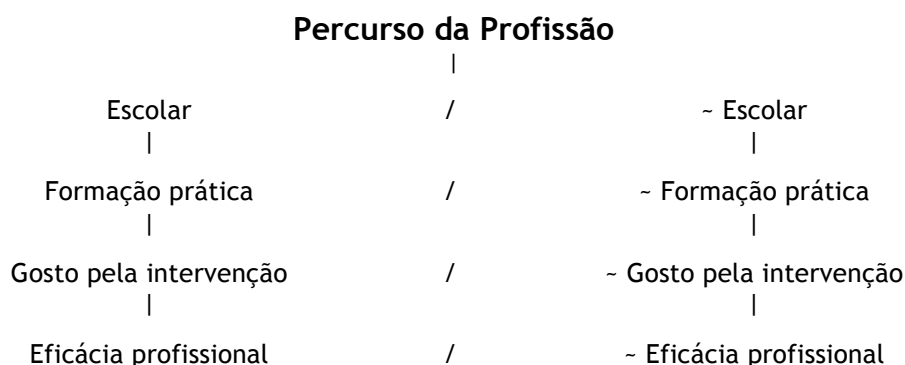
O esquema 2 por seu lado, reflete a influência da família na escolha e no percurso profissional dos indivíduos, percebemos aqui de uma forma natural, o percurso efetuado até ao acesso dos mesmos à vida profissional e o seu trajeto enquanto profissional. O indivíduo sofre desde o seu nascimento, e de forma continuada a influência do contexto onde se desenvolve (família), não podendo nunca ser “desenraizado” do conjunto de valores que lhe são transmitidos e interiorizados no processo de socialização. Esta que não é mais do que o efeito do ser se tornar social, está relacionada com a assimilação de hábitos que são específicos do seu grupo social, com as suas regras e valores. Este é um processo ininterrupto que nunca está terminado, iniciando-se após o nascimento, desenvolvendo-se ao longo da vida primeiramente no seio da família, e posteriormente de forma gradual no contexto social, sendo estas “etapas” respetivamente designadas por socialização primária e secundária. Não podemos então nunca, relevar que o lar é o genuíno formador dos indivíduos, interiorizando as crianças constantemente através dos seus familiares, não só pelo que estes lhes contam, mas igualmente e principalmente pelos exemplos transmitidos desde o nascimento até ao final das suas vidas, com especial importância para os primeiros anos do indivíduo. Este ser único é então o ponto de partida para a construção de uma identidade que servirá de base às diferentes identidades sociais que vamos “absorvendo” e “enraizando” ao longo da vida de uma forma cumulativa, que para Giddens (1997) é um “eu” e um “mim” em que o “eu” funciona como a matriz e o “mim” como o eu social. Temos ainda de sublinhar o contexto profissional, que origina um espírito de pertença ao grupo, com a sua identidade própria, não esquecendo de referir no entanto, a importância da nossa identidade individual (*self*), que nos permitirá ser diferentes de todos os outros, com os nossos próprios hábitos familiares e a sua transmissão única de valores.



Esquema 2: Estrutura [A1.1] - “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas” Influência Familiar

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Podemos então através do esquema 3, compreender melhor o percurso da profissão com base nos testemunhos dos 12 entrevistados.



Esquema 3: Estrutura [A1.2] - “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas” Percurso da Profissão

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Analisando pormenorizadamente o discurso dos mesmos, pode corroborar-se a presença de agrupamentos de certas palavras que ilustram as suas práticas, corporalizadas depois numa linha orientadora para o seu exercício profissional.

A extração efetuada através do *Iramuteq* identificou as seguintes características do *corpus* para a dimensão 1 com o tema “*Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas*”, e obtida através da análise de cada uma das perguntas: a) número de textos: 36; b) número de segmentos de textos: 155; c) número de formas distinta: 1446; d) número de ocorrências: 5512; e) número de lemas: 1036; f) número de formas ativas: 920; g) número de formas suplementares: 84; h) frequência média das formas: 35.561290; i) número de classes: 4; j) retenção de segmentos de texto: 91 segmentos de 155 (58,71%).

Face aos resultados extraídos, foram identificados no *corpus* 36 unidades de contexto inicial (UCI), divididas em 91 unidades de contexto elementar (UCE), tendo sido retido para análise lexical 58,715% do *corpus*.

Depois de ter sido efetuado igual procedimento para cada uma das perguntas da *D1* que nos dá o percurso desta classe profissional do seu passado ao presente, situando-nos no contexto da ação relativamente não só ao seu papel e estatuto social, mas igualmente ao nível das suas práticas profissionais e de ensino.

Com o objetivo de aprofundar o nosso saber relativamente à opção do desempenho e escolha do local de trabalho, com o intuito de melhor compreender através das conjugações entre as palavras, qual a estrutura da representação das ligações existentes. Seguindo a mesma atuação em relação com a formação base, efetuada através da segunda pergunta do guião - *Como caracteriza a “realidade” da fisioterapia quando terminou a sua formação base? Como era falar de fisioterapia na época e quais os profissionais formadores?* Com esta podemos perceber a ideia do passado da profissão, e a comparação com o momento presente.

A análise da questão seguinte guiou-nos através do exercício e da formação, e na perceção da existência ou não de consonância entre esta e a ação. Tal implica compreender quais são atualmente e quais poderão vir a ser as principais finalidades das terapias e cuidados prestados por estes profissionais,

mas também quais as atividades que os mesmos mais valorizam no seu desempenho diário, bem como se consideram que algumas delas são “delegadas” e/ou “usurpadas” por outros profissionais, como podemos perceber pelos seguintes extratos:

“O exercício profissional está atualmente mais diversificada em termos de contextos de atuação, os consumidores estão mais informados e mais exigentes, é cada vez mais multicultural e a concorrência com outros profissionais que atuam na mesma área é cada vez maior (osteopatas, quiropratas, enfermeiros de reabilitação, fisiologistas do exercício, massagistas, (...)) seja por falta de controlo do exercício profissional, de legislação adequada, de uma Ordem dos Fisioterapeutas, ou porque há profissões cujas áreas tradicionalmente se “tocam”.” Q3E10

“Neste aspeto a formação base terá que se ajustar melhor ao “mercado” e dar mais competências na formação em determinadas áreas em detrimento de outras, que deverão passar para a formação pós-graduada, dando assim mais “argumentos” aos fisioterapeutas recém-formados para competir no mercado e iniciarem a sua prática com mais segurança, e maior capacidade de reconhecerem as suas limitações.” Q3E10

“Aptidões necessárias para responder de forma competente às necessidades do mercado de trabalho” Q3E11

Desta análise deduzimos que a maior foco destes profissionais é sem dúvida a formação profissional e a escola, como forma de melhorarem o seu desempenho profissional, bem como a delimitação do exercício da fisioterapia, feito por fisioterapeutas, através de práticas cada vez mais habilitadas.

A análise da última questão desta primeira dimensão dá-nos a conhecer as opiniões dos entrevistados em relação aos saberes e competências inerentes às boas práticas da profissão, bem como da definição para cada um deles de um “*bom*” *profissional* e de um “*mau*” *profissional*”.

Das entrevistas podemos extrair que, estes estão “conscientes” do novo paradigma da fisioterapia, na qual as boas práticas baseiam-se na evidência e em indicadores científicos adaptados à realidade clínica, devendo verificar-se sempre que possível uma avaliação das situações pelo caráter pessoal e individual de cada uma delas, priorizando ao máximo a segurança e bem-estar do utente, havendo uma constante integração entre os conhecimentos teóricos e práticos suportados pelas normas nacionais e internacionais do que são as competências e os saberes dos fisioterapeutas. No entanto não se deve,

“Deixar que a prática baseada na evidência se torne fascizante e que se baseie unicamente na investigação” Q4E10

Não podendo estes profissionais igualmente esquecer que a,

“Competência técnica necessita de um conjunto de aptidões para se relacionar com utentes/clientes, estabelecendo uma relação empática e de confiança com os mesmos” Q4E11

De forma abrangente e através da extração da nuvem de palavras para a D1- “*Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas*” e as sub-dimensões Papel/Estatuto Social e Práticas Profissionais e Ensino, podemos verificar no esquema 4, e após análise individual das várias extrações efetuadas para cada pergunta que, as principais palavras-chave do *corpus* para esta dimensão são: profissional, bom, fisioterapia, escola, fisioterapeuta, formação, competência, exercício, prática, profissão, entre outras com menor alusão. Estas são aqui

organizadas graficamente de acordo com a frequência com que são referidas pelos entrevistados, e refletem nitidamente a preocupação destes com a profissão, as boas práticas e a maior e melhor formação como aumento dos seus saberes e competências, como forma de delimitação das suas práticas e defesa do seu campo de ação.

Também percebemos que as suas práticas profissionais têm evoluído ao longo do seu percurso de referenciais meramente estandardizados, a práticas essencialmente baseadas em normas e evidência. Valorizando estes, o seu desempenho diário, mas considerando, ainda, a existência de intrusão no seu campo de ação por parte de outros profissionais, na execução de atos a si referidos, existindo, no entanto, maioritariamente na sua opinião, consonância entre a formação e o exercício.



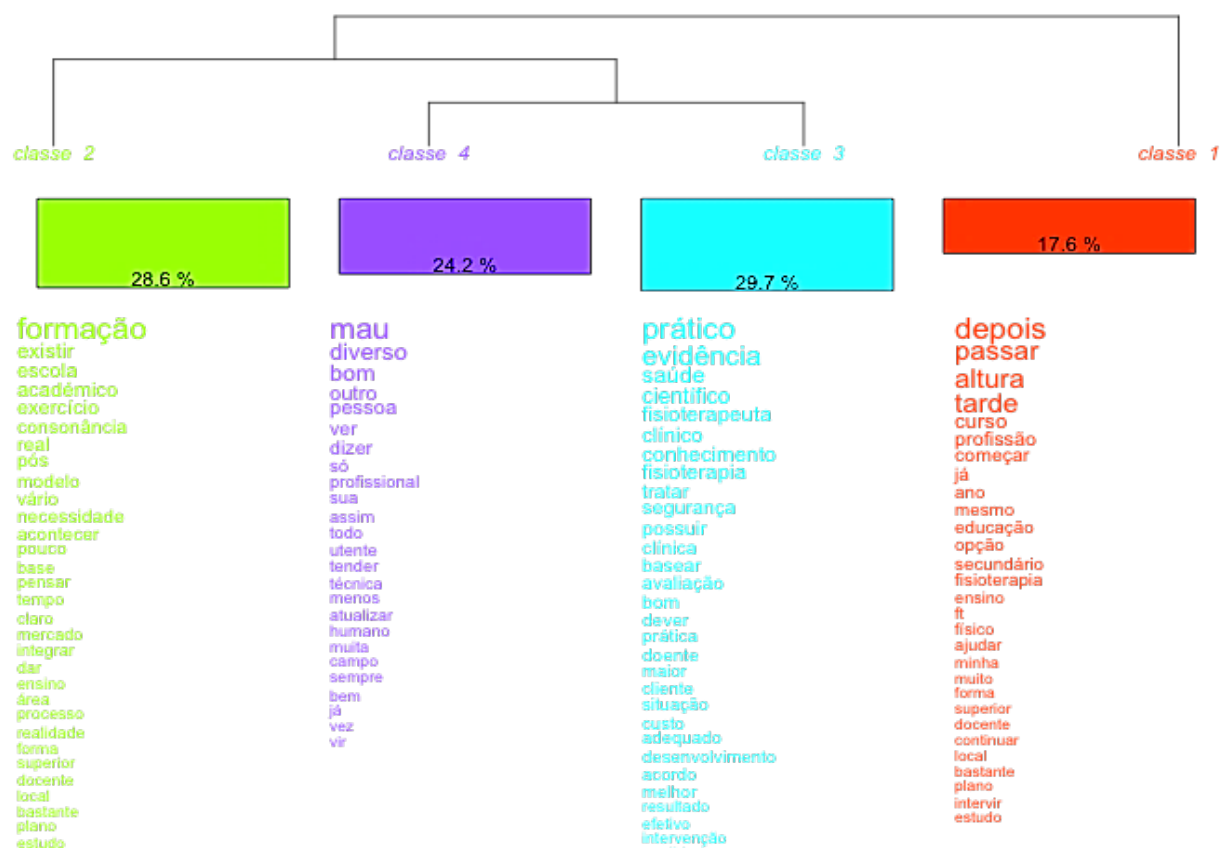
Esquema 4: Nuvem de palavras “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Com o propósito de melhor compreender os factos efetuou-se ainda a análise de similitude para esta primeira dimensão, que aqui é representada através do esquema 5, no qual igualmente de uma forma abrangente, podemos perceber através do corpus das entrevistas que, a sua ação se fundamenta num percurso apoiado essencialmente numa tríade entre fisioterapeuta, bom e profissional, tendo estes fortes ligações a núcleos de palavras de grande relevância como, formação com ligação à escola e competência a fisioterapia, profissão e prática.

Percebemos então a sua trajetória baseada na preocupação com o bom profissional, com delimitação das práticas e foco central na formação académica e continua, bem como a ligação à escola, como suporte de competência e boas práticas.

Com base no processo de Classificação Hierárquica Descendente foram extraídas quatro classes ou contextos temáticos sobre a “*Trajetoória Profissional dos Fisioterapeutas*” sendo as mais significativas a classe 3 com 29.7%, a 2 com 28.6% e a 4 com 24.2% do *corpus* como podemos verificar no esquema 6.



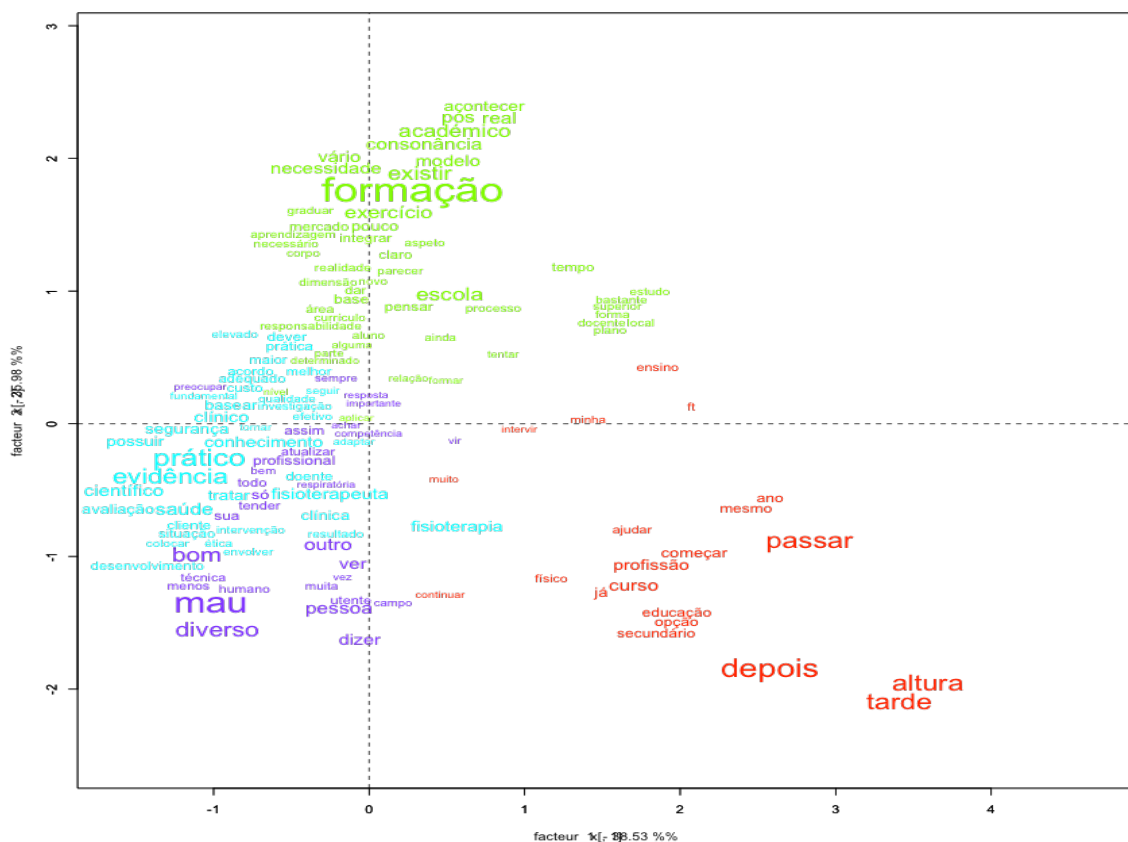
Esquema 6: Classificação Hierárquica Descendente das palavras “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

A classe 3 que apresenta 27 UCE de 91 e que corresponde a 29,67% do *corpus*, a 2 apresenta 26 UCE de 91 e que corresponde a 28,57% do *corpus*, e a 4

apresenta 22 UCE de 91 e que corresponde a 24.18% do *corpus*. Estas são pois as classes mais significativas podendo estes resultados ser interpretados como o resultado do percurso que esta classe tem efetuado, de um passado essencialmente técnico cuja formação era efetuada com base em formadores maioritariamente da classe médica, evoluindo gradualmente para uma formação superior, alicerçada no aumento de competências e saberes, bem como numa prática baseada na evidência científica, sobrepondo-se a competência profissional do fisioterapeuta ao saber mais, relacionada com a prática técnica e com a definição básica de um bom ou mau profissional.

As palavras mais frequentes e significativas dos segmentos de textos destas classes são na 3: prática, evidência, saúde, científico e fisioterapeuta ($p < 0,05$). Na classe 2 as palavras mais frequentes são: formação, existir, escola, académico e exercício ($p > 0,05$).



Esquema 7: Plano fatorial das classes de palavras “D1: Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas”
Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Assim e tendo em conta a análise fatorial, a sua projeção permite-nos um novo olhar sobre a relação entre palavras tendo estas enorme expressão, e cuja representação significa uma lógica de ação na qual se pode verificar a preocupação e ênfase que estes profissionais dão à: 1) formação; 2) à prática baseada na evidência; 3) e à dicotomia entre a definição do que para eles significa ser bom e/ou mau profissional, com base na procura constante de aumento dos saberes competências adquiridas através da formação na escola.

Ainda com base neste plano conseguimos perceber a relação existente entre a prática e a evidência científica, intimamente correlacionada com a definição do “bom” e/ou “mau” profissional, estando esta igualmente relacionada com a necessidade de formação, e com a proximidade à escola e ao percurso académico, como forma de se verificar a consonância com o exercício, sendo este no entanto necessariamente baseado na evidência científica, no conhecimento e competências práticas, e não tanto com o conhecimento académico, sendo-lhe dada enquanto curso uma importância reduzida.

2.4 INTERESSES E EXPECTATIVAS DE CONTROLO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Sempre tendo por base as entrevistas efetuadas aos doze fisioterapeutas, e após análise textual do *corpus* das mesmas, neste subcapítulo aprofundamos a análise dos resultados obtidos para a *D2 - Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional*, cujos resultados são referentes ao controlo social da profissão, ao desenvolvimento profissional e às tendências de evolução da profissão relativamente ao saberes, competências e garantia de desenvolvimento e especialização, sugerindo por fim deliberações para melhoria das condições do desenvolvimento profissional, dando de alguma forma relevo ao exercício profissional dos entrevistados e ao que estes dão maior relevância, não esquecendo no entanto os aspetos que condicionam e/ou potencializam a sua ação.

2.4.1 Auto-Avaliação da Importância Social da Profissão

Avaliando a sub-dimensão do controlo social da profissão, (quinta e sexta questões), podemos verificar através da primeira - *Na sua opinião como é hoje socialmente percecionada a fisioterapia e qual a consciência dos diferentes atores para o novo paradigma da fisioterapia enquanto profissão?* que para a maioria dos entrevistados, existe uma auto-avaliação positiva sobre a importância social da profissão.

“A fisioterapia conquistou um lugar importante no contexto social” E1

“Profissão socialmente reconhecida e os fisioterapeutas são profissionais de saúde respeitados pela população” E4

“Uma profissão respeitada e muito amada pelos seus utentes” E6

“As coisas evoluíram muito e hoje a fisioterapia é uma profissão muito requisitada tanto pelos doentes como pelos pares” E7

“Profissão indispensável na prestação de cuidados de saúde” E9

Na realidade pelo conjunto de testemunhos acima descritos percebemos que para os entrevistados a fisioterapia é atualmente uma profissão respeitada e socialmente reconhecida, sendo mesmo indispensável no contexto da saúde.

2.4.2 Associativismo e Regulação da Profissão

Em análise à seguinte questão *“Como vê o associativismo ao nível desta profissão? Considera-o essencial e na sua opinião o existente é suficiente?”* podemos perceber através dos extratos que apesar de acharem o associativismo muito importante a grande maioria considera-o insuficiente,

“É muito importante o associativismo” E1

“O associativismo na minha opinião não é o suficiente” E2

“Não é suficiente, penso que seria importante criar uma Ordem dos Fisioterapeutas” E3

“Associativismo nesta profissão é muito insuficiente” E4

“É uma situação extremamente preocupante a questão da falta de empenho nesta pertença duma comunidade” E5

“Associativismo nunca é o suficiente é sempre preciso mais, é preciso envolver os jovens é preciso envolver as pessoas que trabalham à 10 anos” E6

“Penso que o que existe talvez já não seja suficiente” E7

“Considero o associativismo essencial sim”E8

“O associativismo não é representativo de todos os profissionais”E9

“O associativismo é essencial em qualquer profissão, seja ele no formato de “Associação” ou “Ordem profissional”.E10

“O associativismo é essencial em qualquer profissão”E11

“O associativismo na fisioterapia é incipiente.”E12

Analisada a primeira parte da questão, passamos a avaliar os testemunhos referentes à segunda e perguntando aos entrevistados se *“Pensa ser importante modificar o sistema de regulação e/ou auto-regulação da profissão?”* estes profissionais referem que seria,

“Muito importante a modificação da regulação profissional”E1

“O sistema de regulação está neste momento completamente desfasado da realidade”E4

“A regulação é para nós uma situação obrigatória tem sido um dos grandes objetivos da APF á 15 anos”E5

“Ao nível da regulação da profissão talvez a situação se altere quando conseguirmos ter uma ordem profissional”.E7

“A necessidade de termos uma Ordem, e portanto meios legais de nos auto-regularmos é essencial e imprescindível para a profissão, os profissionais e também fundamental para a proteção dos cidadãos que recorrem aos serviços dos fisioterapeutas”E10

“A auto-regulação é diferente e penso que é necessário, não só para proteção dos profissionais, mas sobretudo, para proteção dos utentes garantindo a qualidade dos serviços prestados”.E11

Através destes testemunhos podemos perceber o enfoque dos profissionais numa necessidade de mudança, e esta corresponde ao aumento do associativismo seja ele no formato de “Associação” ou “Ordem profissional”, mas também a regulação da profissão como preocupação demonstrada por todos eles, não só no sentido da proteção e delimitação do seu campo de ação, mas também como salvaguarda dos utentes garantindo-lhes a qualidade dos serviços prestados.

2.4.3 Dinâmicas de Profissionalização e Desenvolvimento Profissional

Questionados sobre se no percurso da fisioterapia enquanto profissão, alguns dos profissionais poderem ter sido pelos seus atos considerados atores chave, e ainda se se consideravam um deles, tivemos a oportunidade de perceber que, na realidade todos com exceção do entrevistado 1, considera que sim, existiram elementos chave/fundamentais para o atual “estado” da profissão. A grande maioria nomeia transversalmente profissionais de referência a todos como é o caso da fisioterapeuta Souza Guerra (presidente da APF durante mais de 18 anos), ou ainda o fisioterapeuta António Lopes que desempenhou um papel preponderante a nível internacional na WCPT, entre outros. Existe pois uma consistência nos diferentes discursos, com a grande parte dos entrevistados a considerarem igualmente, por diferentes razões, serem eles próprios atores chave no percurso da sua profissão, como podemos ver pelos extratos seguintes:

“A minha intervenção ao longo de todos estes anos coloca-me também entre os principais intervenientes no desenvolvimento da profissão”E4

“Neste sentido considero ser também um ator chave.”E9

“Sim, sou reconhecido por ter dado um impulso significativo ao nível da fisioterapia respiratória”E10

“Neste sentido, considero que também tive e tenho o meu papel”.E11

Com o intuito de averiguar como é vista a formação de base, e se a percepção de cada um aponta para a diferença ao longo dos anos, temos a oportunidade de apurar pelos extratos que se seguem que para os diferentes entrevistados,

“A formação, tal como a profissão, tem evoluído ao longo dos anos, de uma forma positiva, tem procurado acompanhar a evolução técnico-científica”E4

“Muitas vezes estamos a avançar de tal maneira que as vezes temos a sensação de que se perdeu o básico mas eu espero que não quem tem a formação consegue ter o básico” E5

“Ganhou na profissionalização do corpo docente na maioria das escolas, currículos mais completo e abrangente, melhores instalações das escolas, laboratórios de investigação, mais conhecimento pedagógico, acesso a mais informação científica”E10

“A formação é hoje muito diferente.”E11

A formação de base tem evoluído ao longo dos anos, mas no entanto, apesar de uma forma geral a maioria reconhecer ganho ao longo do percurso formativo, como podemos verificar pelo acima descrito, existem ainda opiniões críticas a atual situação.

“Efetivamente às vezes no exercício pode não parecer mas na verdade há uma grande evolução e essa evolução tem acompanhado todos os níveis internacionais e isso é fundamental”E5

“Perdeu ao ter docentes que nunca tiveram prática clínica ou muito pouca, ou deixaram de ter há vários anos, tornando-se “demasiados teóricos” no seu ensino e incapazes muitas vezes de adaptar o ensino à prática real. Em muitas escolas os conteúdos são muitas vezes os que o docente considera adequados e que advém da sua prática e formação, do que o que deveria ser realmente prioritário para as competências

base de um fisioterapeuta. A nova geração de fisioterapeutas-osteopatas-acupuntadores-homeopatas no ensino estão a criar uma enorme confusão aos estudantes e a desvirtuar a fisioterapia”E10

“Mudou ao longo dos anos, apetrechou-se de mais saberes (acho eu...) mas não necessariamente de mais competências deixando por vezes competências por fundamentar e assegurar chegando-se a um ponto onde não existe ainda definido o “core” de competências da fisioterapia.”E12

Na tentativa de aprofundar as “*Tendências de Evolução da Profissão*” com olhar colocado no futuro, e para compreender quais os seus objetivos de ação questionou-se quais pensam eles ser atualmente, ao nível dos saberes e competências, as principais necessidades formativas dos fisioterapeutas, ao qual responderam:

“Penso que os saberes e competências básicas de um fisioterapeuta está definida na WCPT, bem como nos planos de estudo em várias escolas na comunidade europeia e em muitos países do mundo que seguem as diretrizes da WCPT.”E1

“Valorizar as competências relacionais e técnicas, sem esquecer a importância do raciocínio clínico, do registo e da produção científica em fisioterapia.”E9

“Parece fundamental é que se distinga claramente o que são competências de saída da formação que confere o título de fisioterapeuta e o que são competências de um especialista ou generalista experiente.”E10

“Saber pesquisar, selecionar, ler e interpretar resultados de investigação é fundamental para a prática actual.”E11

Já em relação às necessidades formativas estes referem áreas como:

“Imagiologia e farmacologia” E2

“Leque variado de opções de formação continua” E7

“O fisioterapeuta tem que aumentar as suas competências na prevenção primária e no aumento da eficácia na auto-gestão da doença crónica por parte dos doentes e cuidadores.” E10

Sabendo quais, para os entrevistados, serem os saberes e competências dos fisioterapeutas, bem como na sua opinião as principais necessidades formativas, avaliamos então se estes pensam serem essas fundamentais para o desenvolvimento técnico e científico da profissão, e se na sua opinião serão essas competências adquiridas e (re)construídas visíveis ou refletidas na prática profissional diária destes profissionais. Assim obtivemos respostas como:

“Diferentes competências e a necessidade de as (re)construir vão sendo definidas pelos diferentes locais de intervenção em que o indivíduo se encontra” E4

“Através da formação base, formação pós-graduada que estimule sempre a proatividade” E9

“Competências adquiridas e (re) construídas é um desafio que as escolas, os investigadores e as associações nacionais e internacionais terão que responder, num verdadeiro trabalho de equipa, por forma a serem visíveis e efetivas na prática clínica.” E10

“Serão adquiridas em contexto formal (instituições de ensino superior) e também em contexto informal (fora da sala de aula), de formação ao longo da vida em contexto real. Estou convicta de que se refletirão na prática profissional dos fisioterapeutas, contribuindo para uma melhor prática baseada na evidência.” E11

Já em relação ao percurso evolutivo da fisioterapia em Portugal e quais, para os entrevistados, são os grandes marcos que conseguem assinalar, bem como se os consideram determinantes para a profissão e porquê, estes referem que consideram importante um conjunto de aspetos, conforme ilustrado em seguida.

“Definição da profissão, existência de carteira profissional, a passagem ao ensino superior, abertura de mestrados e um número considerável de fisioterapeutas doutores a realizar produção científica.” E1

“1 - A criação do curso de fisioterapia no Centro de reabilitação de Alcoitão; 2 - A criação das Escolas Técnicas de Saúde em Lisboa; Coimbra e Porto, com a dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação; 3 - A integração das escolas e respetivos cursos no sistema nacional de ensino e do seu reconhecimento como de nível superior. Foram determinantes porque marcam o início da formação de profissionais qualificados de forma consequente e independente e porque foram o reconhecimento da evolução da profissão (integração no ensino superior)” E4

“Principalmente os marcos académicos (...) a integração no ensino superior primeiro a licenciatura biotápica, e depois a licenciatura (...) os mestrados e os doutoramentos, portanto, esses foram seguramente grandes marcos e esses grandes marcos trouxeram outros marcos para o exercício profissional. No exercício profissional os marcos não são extremamente positivos foi a questão da criação da carreira, o marco extremamente negativo é que havia uma carreira de fisioterapeutas com as categorias até ao fisioterapeuta chefe, e quando os fisioterapeutas passaram a estar integrados numa carreira menor e de nível mais baixo do que aquela que já tinham e ficaram durante anos naquela carreira como ainda estão. Portanto a nível do exercício não tem havido marcos de crescimento tão importantes como houve a nível da educação.” E5

“Evoluímos no conhecimento, na maior e melhor capacidade de resposta para os problemas dos doentes que nos são referenciados ou nos procuram, se o contexto em que trabalhamos o permite (alguns hospitais e sobretudo gabinetes privados de fisioterapia). Intervimos em mais situações patológicas, em mais contextos, temos maior reconhecimento científico, produzimos investigação, usamos mais meios tecnológicos que são um excelente complemento em muitas intervenções. Involuímos em situações como a perda de alguma identidade do que é a fisioterapia (por causa dos fisioterapeutas-osteopatas-quiropatas-homeopatas-...), perda de dignidade profissional (pela necessidade de sobrevivência aceitamos pagamentos de miséria pelos nossos serviços), falta de ética (vale tudo para sobreviver (...) a cultura do chico-espertismo e vendedor da banha da cobra, da maledicência do colega é que parecem resultar), perda do espírito associativo, perda de contextos de intervenção para os enfermeiros de reabilitação nos hospitais, onde existem enfermarias em que o fisioterapeuta não pode intervir” E10

Os últimos testemunhos explicam a forma como alguns dos entrevistados lastimam a forma como tem sido feito o percurso desta profissão, conseguindo inclusivamente efetuar uma separação perfeita entre a evolução ao nível do ensino e do exercício. Neste caso a perda, mais de um entrevistado refere a involução em detrimento da evolução, com *deficits* de limitação e delimitação da profissão, fraca identidade e retrocessos ao nível da carreira.

Em relação aos atores chave e objetivos formativos (iniciais e contínuos) necessários para garantir um desenvolvimento técnico e científico sustentável da profissão, estes entrevistados pensam que o:

“Ministério da saúde no reconhecimento da profissão (sem ser um outro) e uma Ordem para organizar e redigir normas de funcionamento e defender a atuação da fisioterapia enquanto disciplina e profissão.” E2

“Atores chave naturalmente serão as escolas (...) A questão do desenvolvimento profissional contínuo continua a ser um dos pilares para o crescimento da profissão” E5

“Os atores chave são todos os que contribuem para a valorização e dignificação da profissão desde que tenham a verdadeira consciência do que é a fisioterapia e ser-se fisioterapeuta. Naturalmente as escolas e os seus professores, os estudantes, os profissionais individualmente e coletivamente (Ordem, Associação, WCPT) e os organismos estatais que regulam o ensino e a saúde, as associações de doentes e os doentes individualmente, obrigando-nos a ser mais efetivos, eficientes, responsáveis e com ética” E10

“As escolas continuam ter um papel determinante, não apenas na formação de base, mas também na formação ao longo da vida. Formar profissionais generalistas deve ser uma prioridade ao nível da licenciatura. A formação pós-graduada deve contemplar mestrado e pós-graduações em áreas de especialização que permitam responder às exigências do mercado de trabalho.” E11

Aqui como podemos perceber as opiniões são consensuais, tendo as escolas para eles um papel fundamental na sua formação, influenciando consequentemente no processo de profissionalização e desenvolvimento positivo da profissão.

2.4.4 Expectativas Face ao Futuro da Profissão

Numa tentativa de conhecer quais as expectativas destes entrevistados em relação ao futuro da profissão, e se pensam que esta tenderá a evoluir num sentido de maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos, ou no maior afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas próprias dos fisioterapeutas, e quais serão para eles os elementos facilitadores e os constrangimentos presentes e futuros do desenvolvimento técnico e científico da profissão. Ao qual através dos seguintes testemunhos podemos concluir que, de forma unanime os entrevistados pensam que ocorrerá cada vez mais um afastamento das técnicas e procedimentos médicos e consequente delimitação das suas práticas, que todos reconhecem como saberes próprios da fisioterapia, reconhecendo como elemento facilitador para tal, por exemplo, a formalização efetiva da Ordem dos fisioterapeutas, e como constrangimentos o fraco poder social/político da profissão, e falta de autonomia, bem como usurpação/reprodução de funções por outros profissionais.

“Penso que a fisioterapia necessita, como nas outras profissão da saúde, de um corpo de saberes básico que todos os fisioterapeutas devem dominar, com alguma experiência na prática e só depois a especializações de algumas áreas do saber, que devem ter uma componente científica importante e não só de especialização técnica” E1

“Penso que tenderá a um maior afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas dos fisioterapeutas. Elemento facilitador seria, por exemplo uma Ordem dos Fisioterapeutas. Constrangimentos podem passar por falhas na autonomia do profissional, usurpação/reprodução de funções por outros técnicos, falta de estudos científicos, falta de rigor.” E3

“A profissão está a caminhar para grandes áreas de especialização e todas elas no domínio da fisioterapia e cada vez mais longe de áreas médicas, portanto não tenho a mínima dúvida que os nossos saberes são saberes da fisioterapia não estão baseados nos saberes médicos, são próprios da fisioterapia e, portanto, todo o desenvolvimento e todo crescimento se vai dar efetivamente ao nível da fisioterapia.” E5

“Penso que tenderá a evoluir no sentido da maior especialização. Como elementos facilitadores a formação continua, e constrangimentos talvez as questões económicas, pois essa formação é muito cara e também a impossibilidade de não conseguir sempre aplicar os conhecimentos nos locais de trabalho” E7

“A auto-proteção da medicina é um dos elementos constrangedores existente, que pode limitar em parte o desenvolvimento da fisioterapia. Mas nós temos as nossas práticas específicas que devemos também desenvolver e especializar, pois são as que nos diferenciam de outras profissões e que podem levar à afirmação da fisioterapia.” E8

“No sentido do afastamento do campo médico com mais especializações que valorizem os nossos conhecimentos específicos. Considero como elementos facilitadores o reconhecimento da necessidade da fisioterapia e como constrangimentos o fraco poder social/político da profissão, não somos muitos, não somos muito unidos e certamente não somos um ”lobby”. E9

“Acho que tenderá a evoluir para um maior afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas dos fisioterapeutas, de acordo com um modelo mais bio-psico-social. (...) Constrangimentos são sem dúvida os políticos e económicos, mas também poderão ter uma componente facilitadora obrigando os fisioterapeutas a procurarem desenvolver modelos de prática com melhor custo-efetividade e custo-utilidade e portanto mais acessíveis à população.” E10

“Penso que a evolução será no sentido da especialização das práticas dos fisioterapeutas. O grande potencial da fisioterapia reside nos seus saberes próprios que necessitam ser desenvolvidos” E11

Foi então importante nesta fase terminal da entrevista, perceber se os entrevistados gostariam de deixar algumas sugestões para a melhoria das condições de desenvolvimento das práticas profissionais dos fisioterapeutas, e todos o fizeram com exceção de dois entrevistados. Tais sugestões foram no sentido de:

“Criação de uma Ordem dos Fisioterapeutas, maior autonomia profissional, maior empregabilidade, mais acesso a formação certificada, mais diversidade em pós graduações/mestrados/doutoramentos.” E3

“Acesso direto, exercício autónomo, capacidade para ter esse exercício autónomo, capacidade de dialogar ao mesmo nível com todos os outros profissionais de saúde.” E5

“Se todos dermos o nosso melhor tudo será também melhor penso eu.” E7

“Seria importante que houvesse um maior equilíbrio entre os profissionais existentes e as saídas profissionais, para que cada fisioterapeuta pudesse desempenhar da melhor forma a sua profissão.” E8

“A existência da ordem dos fisioterapeutas é essencial para a união dos profissionais e auto-regulação que certamente contribuí para a melhoria das condições de desenvolvimento das práticas profissionais dos fisioterapeutas.” E9

“Precisamos de políticos honestos, com visão a longo prazo, centrados na felicidade per capita e não no rendimento per capita. Precisamos de dirigentes associativos com estratégia, criadores de uma cultura de

associativismo, mais proactivos e menos reativos, lutadores e que criem uma estrutura semiprofissional em que possam ser pagos pelo seu investimento em prol dos outros...o amadorismo é importante, mas a boa vontade não é suficiente para o que se precisa de uma Associação profissional. Precisamos de escolas e professores exigentes, que não se esqueçam do que é a fisioterapia e ser-se fisioterapeuta pois há alguns que nunca o foram e outros que já não sabem o que ser-se e por isso dificilmente passarão aos seus estudantes essa cultura) e não estejam centrados na sua carreira académica, na sua doutorice e em publicar “papers”. Precisamos de educadores clínicos que realmente tenham competência para o ser e não que sejam escolhidos porque não estão “à mão” ou não há outras alternativas. Precisamos de garantias que as escolas dão o grau de licenciado em fisioterapia a quem realmente tem as competências necessárias para ser fisioterapeuta. Precisamos de ter formalmente especialidades e graus de especialista em diferentes áreas, para que os clientes/utentes/doentes possam fazer as suas escolhas com base em títulos credíveis que garantam competência e qualidade. Precisamos de uma Ordem dos Fisioterapeutas que possa regular a profissão como é imprescindível, pois neste momento ela está caótica e a cultura instalada é (...) cada um que se cuide e se desenrasque!” E10

“Maior união entre os profissionais; Maior disponibilidade para partilhar conhecimento, experiência com colegas; Disponibilidade para criticar e ser criticado de forma construtiva.” E11

2.4.5 Dilemas e Desafios das Tendências de Desenvolvimento Profissional

Tendo por base os anteriores testemunhos que, nos esclarecem profundamente as opiniões dos entrevistados, verificamos que em relação à segunda dimensão *D2 - “Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”* e às sub-dimensões, *“Controlo Social da Profissão o Desenvolvimento Profissional e as Tendências de Evolução da Profissão”*, estas alargam profundamente o nosso conhecimento.

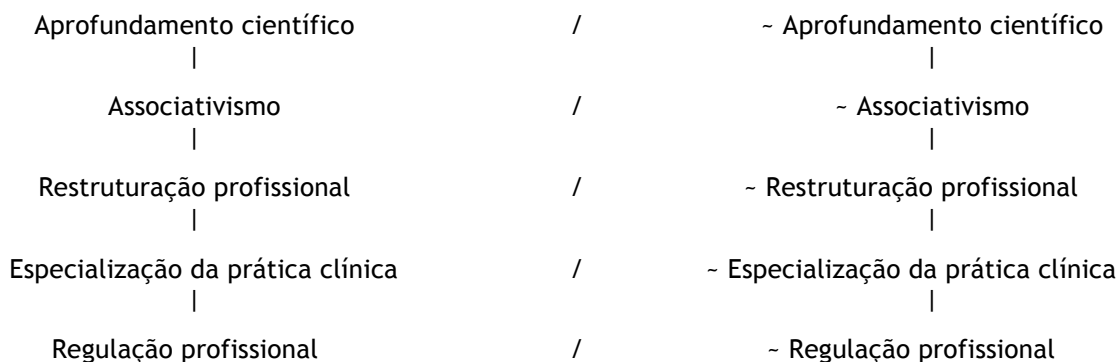
Estamos assim neste momento e neste contexto, capazes de sistematizar o que até agora foi referido através das estruturas de sentido subsequentes, que permitem uma maior especificidade, o que nos levou a efetuar diferentes estruturas, com o objetivo claro de melhor compreender quais os saberes e competências que estes pensam ser primordiais, bem como perceber quais os seus anseios em relação ao futuro da profissão.

Estas estruturas, refletem as contingências, dissociações e conjunturas, que através dos testemunhos acima analisados, nos permitiram compreender a existência de uma necessidade de afirmação profissional, tendo esta como suporte a formação, de base, ou a efetuada ao longo da vida (dando a esta maior ênfase), considerando-a de uma forma global muito relevante.

Também a regulação e o associativismo, seja este em forma de associação ou de Ordem profissional, parece estar constantemente implícito face ao exposto, nos discursos dos entrevistados, como um desejo latente, que pode ser analisado em [A2] - *“Tempo Futuro”*.

Esse futuro será essencialmente formado pela tríade, regulação, associativismo, e conhecimento científico, conducentes a uma maior especialização e a uma reestruturação do campo de ação profissional. (esquema 8).

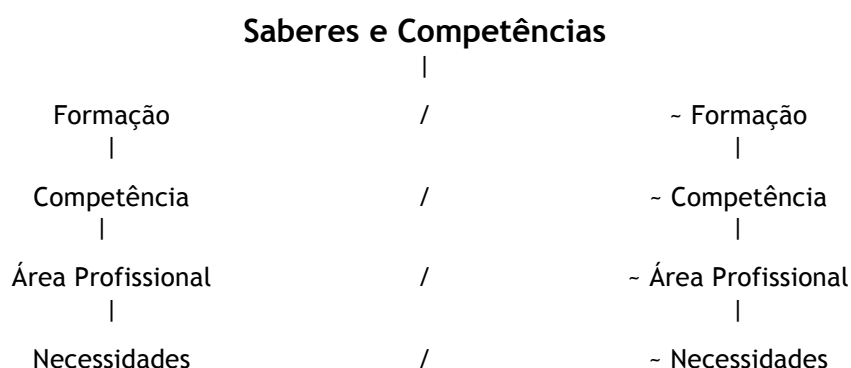
Tempo Futuro



Esquema 8: Estrutura [A2] - “D2: Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Também em relação aos saberes e competências inerentes à profissão, fica claro que estes consideram face ao exposto nos seus discursos, a necessidade de afirmar os saberes próprios da profissão, e aumentar as suas competências como forma de alicerçar a especificidade do trabalho profissional, fundamentando assim as reais condições do seu exercício. Tal fica patente na seguinte estrutura de sentido do esquema 9, que reflete como as demais já apresentadas, as diferentes contingências e conjunturas, com base nos testemunhos dissecados, o que nos possibilitou compreender a existência de uma necessidade de formação, como suporte das competências nas diferentes áreas de ação destes profissionais.



Esquema 9: Estrutura [A2.1] - “D2: Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional - Saberes e Competências”

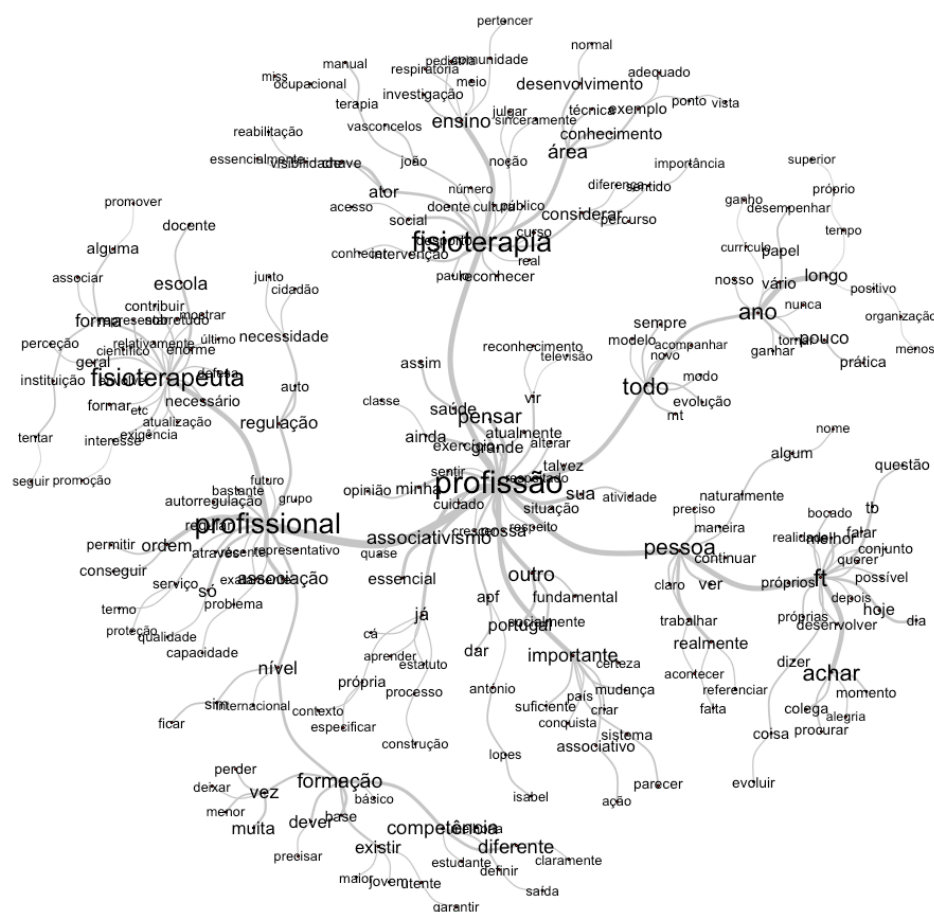
Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Analisando agora pormenorizadamente o conjunto de texto, designado por *corpus* do discurso dos entrevistados sobre esta temática, podemos verificar a presença de um conjunto de palavras esclarecedoras que se relacionam com a especialização e reestruturação profissional.

Em concordância com a extração efetuada através do *Iramuteq*, foram identificadas para a segunda dimensão D2 - “*Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional*” de uma forma global as seguintes características do *corpus*: a) Número de textos: 46; b) número de segmentos de textos: 161 c) número de formas distintas: 1474; d) número de ocorrências: 5718; e) número de lemas: 1103; f) número de formas ativas: 989; g) número de formas suplementares: 83; h) frequência média das formas: 35.5155528; i) número de classes: 5; j) retenção de segmentos de texto: 121 segmentos de 161 (75,16 %).

Dos resultados extraídos, foram identificados no *corpus* 46 unidades de contexto inicial (UCI), divididas em 121 unidades de contexto elementar (UCE), tendo sido retido para análise lexical 75,10 % do *corpus*.

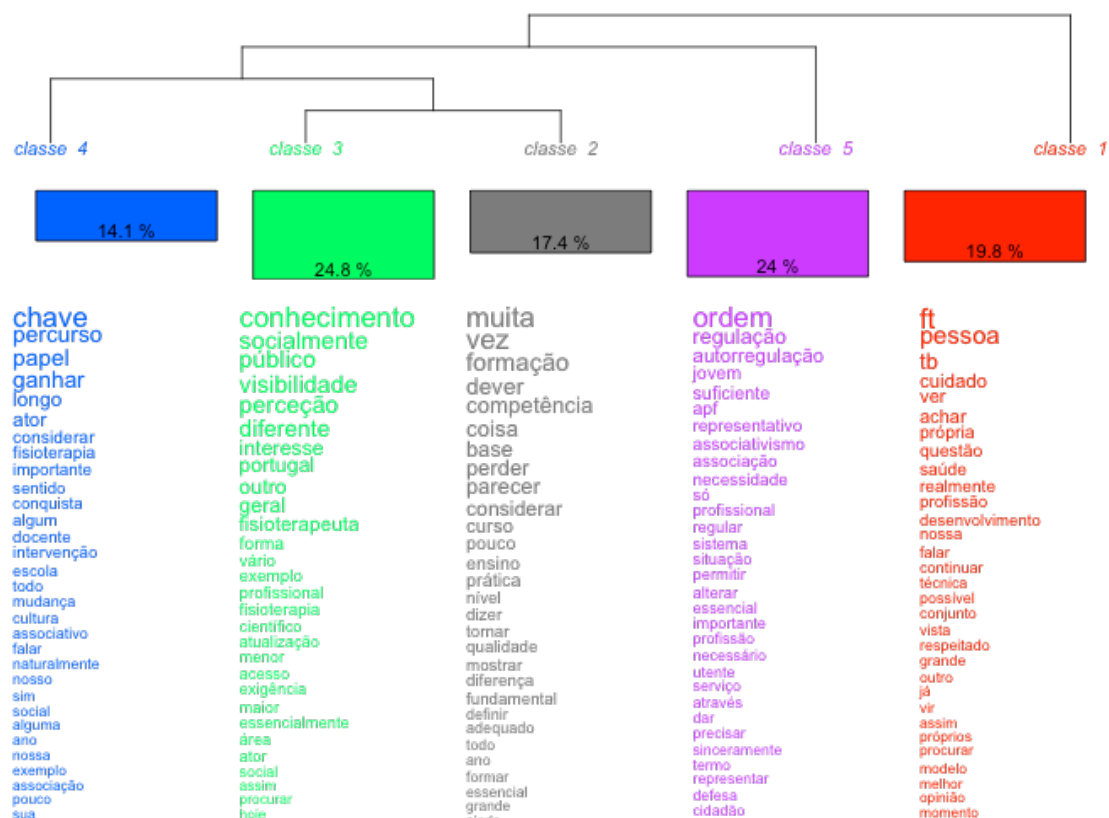
Pelo que foi exposto pelos entrevistados podemos comprovar a presença de agrupamentos de determinadas palavras que identificam as práticas destes



Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Este tem como base fundamentalmente, a profissão e o profissional de fisioterapia, correlacionando-se esta com a necessidade de formação como um dever e um ganho de competência profissional enquanto ator no cumprimento da prática.

Com base no processo de Classificação Hierárquica Descendente foram extraídas cinco classes ou contextos temáticos sobre os “*Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional*” sendo as mais significativas a classe 3 com 24.79 % do *corpus*, 5 com 23.97 % e a 1 com 19.83 % do *corpus* como podemos verificar no esquema 12.



Esquema 12: Classificação Hierárquica Descendente das palavras “D2: Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

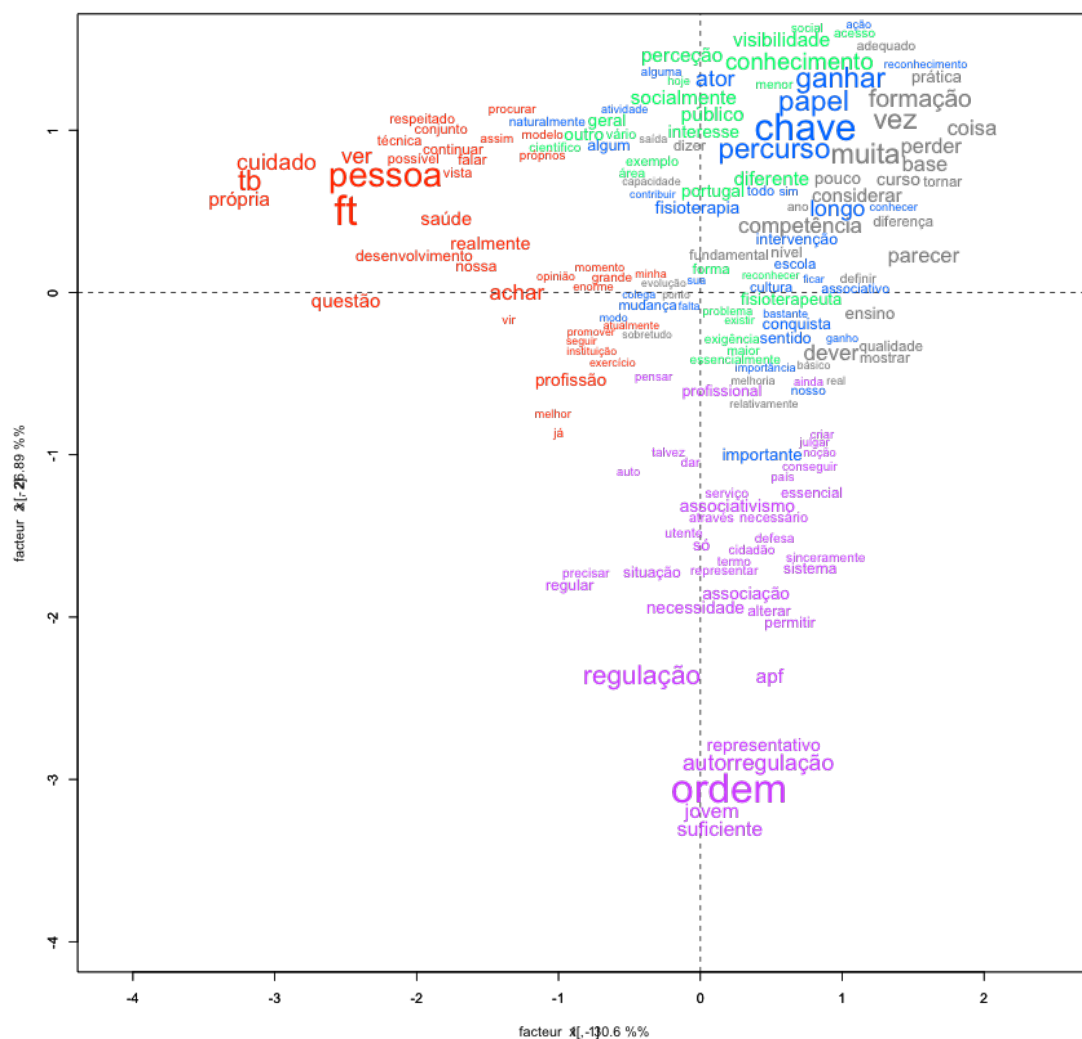
A classe 3 que apresenta 30 UCE de 121 e que corresponde a 24.79 % do *corpus*, com palavras como conhecimento, socialmente, público, visibilidade e percepção ($p < 0,05$). A 5 apresenta 29 UCE de 121 e que corresponde a 23.97 % do *corpus*, e palavras como ordem, regulação, auto-regulação, jovem, suficiente ($p > 0,05$), e por fim a classe 1 apresenta 24 UCE de 121 que corresponde a 19.83 % do *corpus*, e reflete palavras como, ft, pessoa, cuidado, ver, achar e questão ($p < 0,05$).

Como classes mais significativas estas refletem o interesse que o grupo apresenta, no conhecimento e a percepção que presentemente possui em relação à visibilidade social da profissão, tendo esta sido obtida de forma crescente ao longo dos anos. É, no entanto, perceptível a enorme importância que estes profissionais depositam na transformação da APF numa Ordem Profissional (associação profissional de direito público) como garante da sua autonomia efetiva. Esta terá como maior objetivo a promoção da regulação e auto-regulação da profissão, com respeito pelos princípios da uniformidade.

A projeção dos planos fatoriais, com base na análise fatorial, permite-nos olhar para a relação entre palavras, cuja representação significa uma lógica de ação na qual podemos verificar (esquema 13), através de uma sobreposição de classes de palavras que, a chave para o percurso evolutivo da profissão é o “caminho” do conhecimento, sendo fundamental o aumento da competência, conseguido através da formação com base académica. Esta é fundamental para a conquista do reconhecimento e visibilidade social da fisioterapia, tornando-se um dever do profissional efetua-la de forma contínua, como base da sua cientificidade.

Podemos igualmente verificar que estes atores “sentem” ainda como distante a regulamentação da profissão e a constituição ou transformação da sua associação numa Ordem Profissional de pleno direito.

O seu pensamento enquanto profissionais, foca-se na pessoa e num conjunto de técnicas com qualidade, o que reflete ainda um pensamento meramente tecnicista.



Esquema 13: Plano fatorial das classes de palavras “D2: Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

É neste momento primordial, e depois de percecionarmos de forma abrangente o pensamento dos entrevistados, redirecionarmos o nosso “olhar”, através dos dados obtidos, e refletir sobre os desafios que se colocam sobre as “Tendências,

Problemas e Perspetivas das Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses”, que na sua opinião representam o futuro da profissão.

De acordo com os dados recolhidos e a extração efetuada através do *Iramuteq*, foram identificadas as seguintes características do *corpus* das entrevistas para o referido tema a) Número de textos: 55; b) número de segmentos de textos: 171 c) número de formas distintas: 1452; d) número de ocorrências: 5889; e) número de lemas: 1067; f) número de formas ativas: 949; g) número de formas suplementares: 84; h) frequência média das formas: 34.438596; i) número de classes: 5; j) retenção de segmentos de texto: 125 segmentos de 171 (73.10 %).

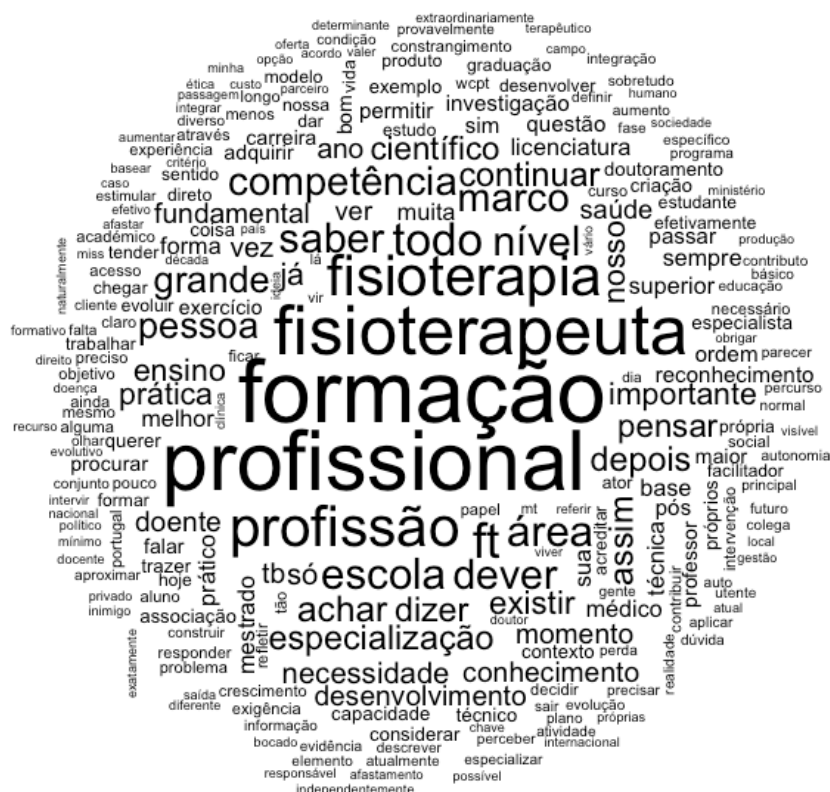
Face aos resultados extraídos, foram identificados no *corpus* 55 unidades de contexto inicial (UCI), divididas em 125 unidades de contexto elementar (UCE), tendo sido retido para análise lexical 73.10 % do *corpus*.

Através do discurso dos entrevistados podemos comprovar a presença de aglomerações de determinadas palavras que identificam as práticas destes profissionais, e se concretizam na linha orientadora da sua formação e exercício.

Através da extração da nuvem de palavras, podemos ainda constatar que as principais palavras-chave do *corpus* são formação, profissional, fisioterapeuta, profissão, fisioterapia, todo, área e escola, que se organizam graficamente de acordo com a frequência, que podemos ver refletido no esquema 14.

O conjunto dos resultados descritos revela uma classe de profissionais focados na sua profissão, e na formação como suporte do conhecimento e de afirmação profissional, tendo então o ensino um papel fulcral no seu contexto de ação. Este “surge” como responsável pelo desenvolvimento, especialização e melhoria de condições profissionais dos fisioterapeutas, existindo aqui e uma vez mais, consonância entre os diversos discursos dos profissionais entrevistados.

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspetivas



Esquema 14: Nuvem de palavras “D2: Tendências de Evolução da Profissão”

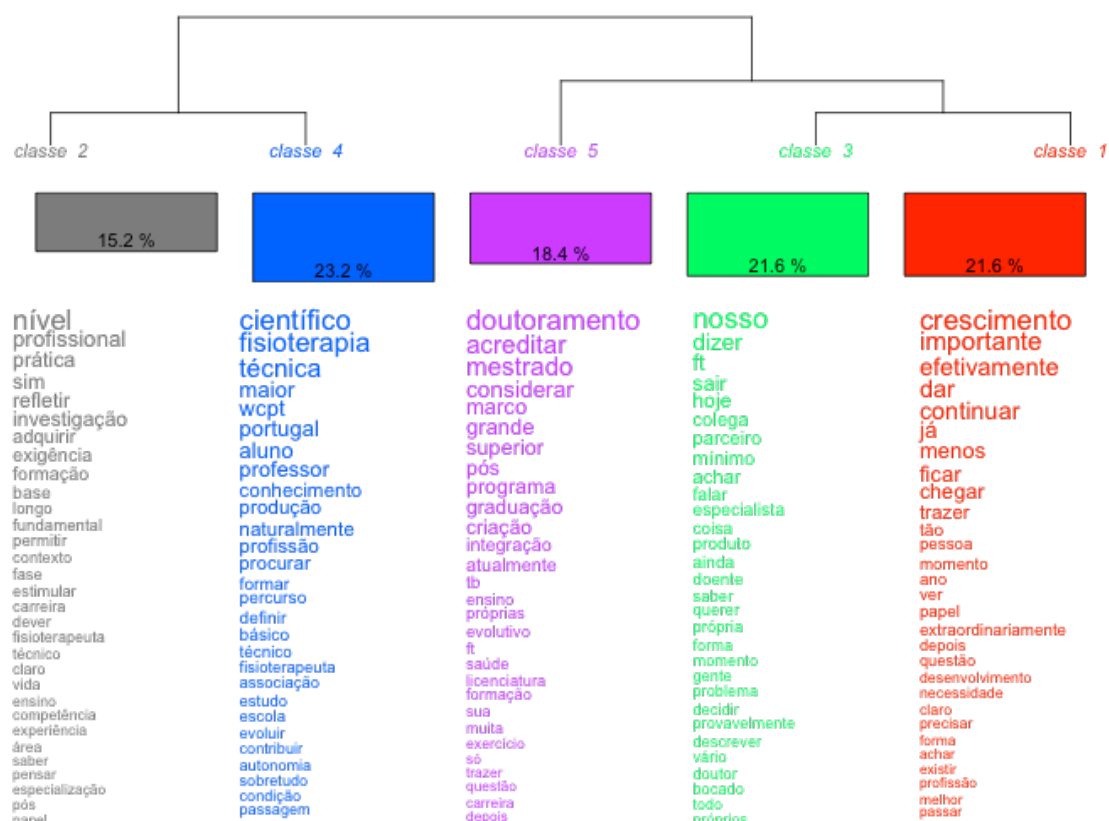
Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

Com o propósito de melhor compreender os factos efetuou-se a análise de similitude para esta sub-dimensão, representada no esquema 15, no qual podemos perceber, depois de analisado o *corpus* das entrevistas, uma forte interligação entre a tríade de palavras formação/profissional/fisioterapeuta, que por sua vez estabelecem correlações próprias individualmente, com uma enorme diversidade de palavras numa “teia” de ideias e definições, que nos transmite a realidade da estruturação deste campo de ação.

Esta tem fundamentalmente por base a formação de vertente profissional de forma continuamente necessária para o desenvolvimento das práticas destes profissionais, estando intimamente relacionada com a competência e a necessidade de aquisição de novos saberes e conhecimento.

como pode ser observado no esquema 16 abaixo, e que contêm palavras como crescimento, importante, efetivamente, dar, continuar, nosso, dizer, ft, e sair ($p < 0,05$). A classe 5 que apresenta o valor a seguir situa-se numericamente um pouco mais distante, representando 23 UCE de 125 que corresponde a com 18.4 % do *corpus*.

Nesta podemos reconhecer palavras de grande importância para este grupo socio profissional como doutoramento, acreditar mestrado, considerar, marco, grande e superior ($p > 0,05$).

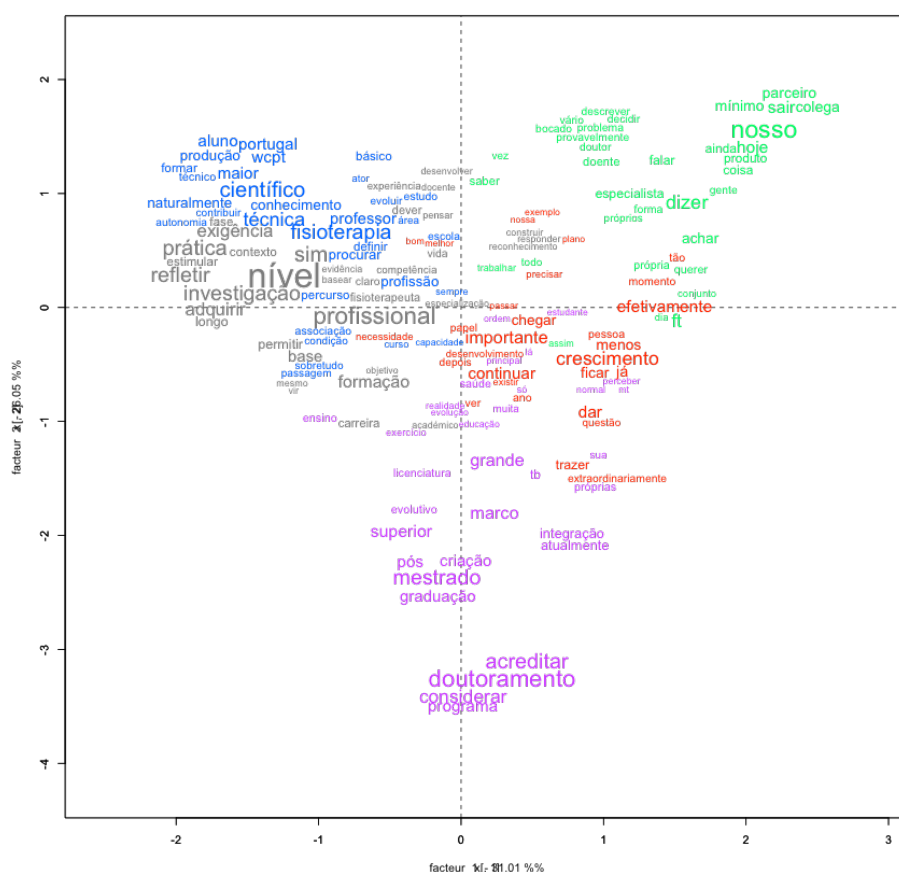


Esquema 16: Classificação Hierárquica Descendente das palavras “D2:Tendências de Evolução da Profissão”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

A projeção dos planos fatoriais efetuada após a análise fatorial, que podemos ver patenteada no esquema 17, exhibe a representação das classes de 1 a 5 e os agrupamentos das palavras correspondentes.

No quadrante Q1 observamos maioritariamente a classe 3, e no Q2 uma sobreposição de palavras que ocorre essencialmente entre as classes 2 e 4, com algumas palavras “deslocadas” para o Q3, onde se observa uma partilha uniforme da classe 5 com o Q4. Aqui situam-se grande parte das palavras da classe 1, ficando algumas no limiar entre Q4 e Q1, entre elas, efetivamente e passar, existindo, no entanto, uma “coabitação” de palavras das diferentes classes, nos diferentes quadrantes.



Esquema 17: Plano fatorial das classes de palavras “D2: Tendências de Evolução da Profissão”

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

O conjunto dos resultados descritos revela a ênfase atribuída ao nível da exigência prática, contextualizada com a investigação e o conhecimento técnico e científico bem como, naturalmente, a evidência relacionada com a competência, como contributo para a autonomia. Torna-se igualmente evidente o afastamento entre o que “é profissional” e a formação ao nível graduado (doutoramento, mestrado, pós-graduação) refletindo aqui a relevância notória da formação para a prática, e a presença ainda vincada de uma “postura” essencialmente técnica no seu exercício profissional.

Também o reconhecimento de um conhecimento intrínseco da profissão e a tendência para a especialização, estando esta uma vez mais, relacionada com a prática da profissão, leva-nos a concluir que tendencialmente a componente técnica prevalecerá à componente académica e de formação superior.

O que poderá significar uma dificuldade real de afirmação e autonomia por falta de delimitação da profissão, não sendo provavelmente a implementação da Ordem profissional o fator de alteração da falta de conduta coesiva e uniforme deste grupo sócio profissional, dependendo, no entanto, esta de numerosos fatores com desiguais ponderações de entrevistado para entrevistado.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação pretendeu contribuir para o desenvolvimento de um (re)olhar sobre as dinâmicas de ação dos fisioterapeutas portugueses, (re) contextualizando as suas práticas profissionais, tentando perceber os aspetos nucleares dos seus problemas, tendências, e perspectivas de futuro.

Como objeto de estudo tivemos então o grupo sócio profissional dos fisioterapeutas portugueses, enquanto atores sociais, tendo sido nosso objetivo geral analisar as suas dinâmicas de ação, com base no seu percurso, considerando os seus diferentes contextos organizacionais, e ainda caraterizar as interações entre os seus diferentes atores, desenvolvendo um (re)olhar sobre as vivências e experiências na sua prática diária. Procurámos ainda desocultar não só as suas tendências de desenvolvimento e os dilemas do seu contexto de ação profissional e organizacional, mas também perspetivar os seus “desejos” e/ ou expetativas de futuro.

Então e com o objetivo de averiguar de forma abrangente as dinâmicas de ação estratégica dos fisioterapeutas portugueses, desenvolvemos esta investigação com o tributo da abordagem sociológica das lógicas de ação, privilegiando o estudo da análise estratégica, e tendo como objetivos, a compreensão do percurso e desenvolvimento da profissão, a análise das “regras do jogo”, e o aprofundar do conhecimento sobre os dilemas, incertezas e constrangimentos no seu contexto específico de ação, dando ênfase à situação presente e à tendência do futuro com base no profundo conhecimento do passado, tendo como suporte o seu percurso e (re)conhecimento da sua identidade profissional.

Recorremos a uma metodologia essencialmente qualitativa, tendo por base 12 entrevistas semiestruturadas, efetuadas a doze profissionais com diferentes papéis dentro da estrutura da classe (dirigentes associativos, professores, profissionais no exercício, com um maior ou menor número de anos de

formação), com o intuito de adquirir um amplo conhecimento sobre os temas em estudo.

Numa primeira leitura podemos compreender através dos resultados obtidos que, o seu percurso profissional tem sido construído e reconstruído com base em diferentes ações individuais e/ou coletivas, que têm guiado este grupo de profissionais ao longo de um caminho “sinuoso” feito de “avanços e recuos” (Q5E4) caracterizado por um conjunto de incertezas e de dilemas, “*entrincheirado*” entre os interesses próprios e coletivos, numa “cultura de negócio centrada no que é que EU ganho, não o que a PROFISSÃO, [ou] TODOS ganhamos” (Q6E10), condicionada por diferentes poderes e constrangimentos que têm conduzido maioritariamente estes profissionais a um conjunto de diferentes micro identidades dentro de um conceito de macro identidade profissional, com profissionais clássicos que lutam objetivamente por uma maior autonomia, os “modernista” que defendem um conhecimento abrangente de novas práticas como acupuntura, osteopatia, entre outras, e os “aperreados” que continuam sendo conformados e dependentes, mantendo uma postura meramente tecnicista.

Este “mosaico” comportamental poderá no entanto ter como consequência, um enfraquecimento global ao nível do exercício por falta de definição das suas competências próprias, em detrimento de uma posição socialmente credível, gerando perceções dissemelhantes nos diferentes atores “*sendo de uma forma geral os fisioterapeutas (...) proactivos na promoção dos seus serviços [dando] visibilidade ao que fazem (naturalmente também e às vezes sobretudo, por interesses de promoção do seu negócio)*” (Q5E10)

No entanto o crescente grau de especialização e complexidade na divisão do trabalho podem ser fatores preponderantes no nível de controlo do trabalho de uma profissão, tendo tais situações como consequência, para autores como Haug (1975) ou Oppenheimer (1973), o declínio do poder profissional que

tendencialmente conduz à desprofissionalização (Haug), ou à proletarização (Oppenheimer).

Como refere Rodrigues (2012), para Haug (1975) *“a desprofissionalização resultaria do efeito combinado da ação dos clientes e consumidores e da evolução tecnológica concretizada na erosão do monopólio do conhecimento, na desconfiança do ethos humanitário dos profissionais e na perda de autonomia e autoridade, bem como do respetivo estatuto”* (Rodrigues, 2012:93).

Sendo então a erosão das identidades profissionais, apontada como um fenómeno contrário à profissionalização, *“apontam para a erosão do fenómeno das profissões e para a chamada tendência à desprofissionalização, [...] sobretudo, os processos de degradação do estatuto profissional.”* (Rodrigues, 2012:25).

As novas condições da relação entre as profissões e o mercado de trabalho, tem servido de base para teses que apontam igualmente para a erosão profissional, com tendência à desprofissionalização, e apesar do crescimento do GSP verifica-se uma deterioração do estatuto profissional, com perda de poder, de autonomia e autoridade, na sequência da falta de delimitação das suas “fronteiras” ou ainda por excesso de especialização, sendo o poder dos profissionais segundo Carvalho e Santiago (2012), “transferido” para sistemas cujo objetivo é a tentativa de (re)construção das profissões, o que se prende de forma crescente com o controlo económico e de avaliação de qualidade dos desempenhos nos diferentes contextos organizacionais, sendo estes tradicionalmente os imperativos da gestão financeira e suas tradicionais *«enclosures of expertise»*

Esta profissão não é então ainda, percecionada de forma inteiramente correta, sendo bastas vezes *“vista como algo “menor” que qualquer profissional pode fazer, por exemplo, um enfermeiro pode fazer fisioterapia.”* (Q5E11) E apesar de socialmente (re) conhecida *“ainda continua a ser associada a massagem,*

ginástica e outras intervenções que não espelham a variedade do trabalho de um fisioterapeuta. Poucas pessoas sabem exatamente qual o âmbito da fisioterapia” (Q5E11)

No entanto enquanto atores tendencialmente autónomos, estes profissionais, tendem a gerar diferentes ações com o objetivo de solucionar os dilemas que lhes são colocados no contexto da ação coletiva. Tal tende a gerar novas estratégias de ação com o objetivo de uma maior visibilidade da sua ação e divulgação das suas práticas quotidianas.

Assiste-se assim de uma forma constante e gradual *“ao interesse dos media na fisioterapia/reabilitação essencialmente fruto da visibilidade mediática de fisioterapeutas envolvidos no apoio a figuras públicas (da televisão, atores, desportistas, políticos), programas de televisão (dança,...).”* Mas também as redes sociais têm tido um papel fulcral na chamada de *“atenção do público para a fisioterapia e fisioterapeutas, assim como o envolvimento dos fisioterapeutas em projetos inovadores de saúde pública, a publicação de artigos por fisioterapeutas em jornais e revistas para o grande público”* (Q5E10)

Como difusores de publicidade os *“mass media”* condicionam de forma subjacente, indivíduos e instituições numa demonstração *“camuflada”* de poder e controlo da opinião pública, que para Lazarsfeld e Merton (1987) se traduz na existência de diversos tipos de controlo social, representando estes, diferentes fatores de preocupação ao serem exercidos por grupos com distintos interesses na sociedade. *“Cada vez mais os principais grupos de poder, entre os quais o mundo do negócio [...] ocupa [uma] posição de maior destaque, [adotando] técnicas para manipular o público”* (Lazarsfeld e Merton, 1987:110), revelando-se estes, um fator socialmente preocupante, de controlo da opinião pública.

No entanto de apesar todos os esforços desenvolvidos, nos diferentes contextos de ação dos fisioterapeutas, estes têm funcionado essencialmente como ações isoladas, não tendo *“força”* suficiente (dito no sentido de representatividade),

principalmente por tais ações não terem a entrega e envolvimento e um número considerável de profissionais, não sendo consideradas ações consertadas, apresentando-se maioritariamente de forma micro grupal, o que poderá representar uma falta de identidade de grupo, tendo o grupo uma função socializadora e catalisadora das identidades individuais, e surgindo como uma totalidade dinâmica onde, se interage através de complementaridades ou conflitos, e não simplesmente por sobreposição de diferentes papéis sociais, “*a identidade possui um duplo estatuto: por um lado, sendo um fenómeno de consciência, ela é individual; por outro ao situar-se na relação com o Outro, ela é também social.*” (Taboada-Leonetti, 1999 citado por Brandão, 2014:15).

O contexto da ação profissional considerado “*um espaço de «liberdade vigiada ou conduzida», encastrado nos tipos-ideais de gestão e de cultura de empresa, estruturado por mecanismos de coordenação de mercado e regulados à distância*” (Carvalho e Santiago, 2012:165), é então tendente a diferentes dilemas com os quais os profissionais recorrentemente tem vindo a conviver durante o seu percurso. O termo tem a sua origem no latim *dilema*, e a sua origem etimológica num vocábulo grego, cujo significado traduz uma dualidade de “premissas”. Sendo um dilema definido como, um fundamento constituído por duas asserções contrárias e disjuntivas, que se podem solucionar através de duas decisões, não sendo, no entanto, qualquer uma delas plenamente aceitáveis/inaceitáveis. Tal coloca o individuo sempre numa situação ambígua e conflitual pela incerteza instalada, através do debate interior entre duas posições possíveis e alternativas, muitas vezes não só puramente por uma questão profissional, mas bastas vezes também por questões de envolvimento moral ou de costumes, gerando um auto debate entre a opção do que é suposto fazer - “o correto”, e aquilo que sente que quer fazer - “o sentimento”. Tal é gerador de conflito, seja este interno ou relacional, desencadeando este, uma relação direta com conceitos como poder, autoridade, influência e dominação, que Weber considera como “*a probabilidade de impor a própria vontade a outro, dentro de uma relação social, ainda que contra toda a resistência e*

qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade ” (Weber, 1993: 43). O indivíduo é colocado entre o que quer e pode fazer e o que deve fazer, sendo este antes de mais um dilema ético.

Estas situações são, segundo Carvalho e Santiago (2012), devido à obrigatoriedade do envolvimento dos profissionais e da mobilização das ideologias do profissionalismo dos mesmos em contexto de mudança, formas de interferir com o trabalho especializado, conduzindo a jogos competitivos no «anfiteatro» da ação.

No contexto organizacional os dilemas profissionais e dos profissionais, subsidiam a competição e/ou a colaboração, entre os diferentes atores, podendo esta de alguma forma trazer ganhos e benefícios à organização. Apesar do exposto por múltiplas abordagens humanistas, e comportamentais, assiste-se continuamente ao incentivo da competição predadora e do canibalismo profissional. E neste caso claramente no *“perder “terreno” para outras profissões, em especial os osteopatas, particularmente na área músculo-esquelética (sobretudo porque aquilo que se faz na maioria das clinicas de MFR não é realmente fisioterapia, mas a aplicação de um conjunto de “receitas” e técnicas avulso sem qualquer ajustamento ou adequação às necessidades do doente, levando à descredibilização da fisioterapia).”* (Q5E10)

Tendo por base as entrevistas efetuadas aos doze profissionais, e após análise lexicométrica do *corpus* das mesmas, começamos a poder relacionar os dados com os objetivos que nos tinham guiado através desta investigação, dando-nos assim a possibilidade de responder e compreender as opções e motivações dos profissionais desde o início, começando por perceber como optaram pela profissão, conhecer o seu trajeto, e ligação com o percurso profissional, e ainda o modo como tem vindo a construída a sua identidade profissional, (individual e coletiva), as opções de formação e regulação. Perceber as suas lógicas de ação, e a forma como percecionam a profissão e a desejam no futuro.

Neste caso, tendo sempre presente a necessidade de responder aos objetivos definidos para a investigação, foram definidas como pertinentes para o estudo, duas dimensões, sendo a *D1* - “Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas” e a *D2* - “Interesses e Expetativas de Controlo e Desenvolvimento Profissional”.

Com o objetivo de melhor compreender a realidade e aprofundar o conhecimento sobre o este grupo sócio profissional, elaboraram-se para a primeira dimensão duas (2) sub-dimensões: 1) Papel e Estatuto Social; 2) Práticas Profissionais e Ensino, e para a segunda dimensão elaboraram-se três (3) sub-dimensões: 1) Controlo Social da Profissão; 2) Desenvolvimento Profissional e 3) Tendências de Evolução da Profissão. Esta última com o propósito de compreender os anseios e expetativas futuras, demonstradas de forma representativa pelos profissionais entrevistados. Com o objetivo de caracterizar o perfil sociológico dos entrevistados, foram elaboradas seis (6) questões que nos forneceram os dados biográficos dos mesmos.

A análise com base nas entrevistas, reflete nitidamente a preocupação dos mesmos com a sua profissão, as boas práticas e a maior e melhor formação conducente ao aumento dos seus saberes e competências, como forma de aperfeiçoar as suas práticas e aumentar a abrangência do seu campo de ação.

Tendo presente a influência que o passado deixa transparecer no presente, condicionando de alguma forma o futuro, percebemos que a opção pela profissão é feita de forma casual ou maioritariamente por forte influência familiar, que determinará o percurso do profissional. Representando aqui o contexto familiar o ponto de partida para a construção da identidade que será embrionária da identidade do individuo enquanto profissional. Segundo Santos (2011) esta é a base das diferentes identidades sociais que vamos “absorvendo” e “enraizando” ao longo da vida de uma forma cumulativa, sendo de salientar o contexto profissional, que originará igualmente um espírito de pertença ao grupo, com uma identidade própria, influenciada, no entanto, pela nossa

própria identidade (*self*), que faz de nós diferentes entre iguais. Como podemos constatar nesta investigação em relação ao nosso grupo de estudo.

Através dos dados obtidos podemos igualmente verificar que, as suas práticas profissionais têm evoluído ao longo do seu percurso, de referenciais meramente estandardizados à prática baseada essencial, e quase exclusivamente, em normas e evidência científica, o que para alguns entrevistados se torna preocupante, referindo mesmo que *“Convém não deixar que a prática baseada na evidência se torne fascizante e que se baseie unicamente na investigação”* (Q4E10). Estes profissionais valorizam ainda e cada vez mais o seu desempenho diário, considerando, no entanto, a existência de intrusão no seu campo de ação por parte de outros profissionais na execução de atos a si referidos.

Refletem igualmente a preocupação com a profissão, com as boas práticas, e com o aumento da formação de qualidade, como base de aumento dos seus saberes e competências profissionais. Bem como forma de progredir na efetivação de práticas próprias e aumento das áreas de conhecimento. Tal fato encontra-se em consonância com a tese de Freidson (1994), segundo a qual o ensino prolongado e especialização favorecem o aumento do poder e autonomia na profissão, tendo segundo este, os seus membros “maior margem de ação” (Freidson, 1994: 76). Este autor é um crítico das teses de declínio profissional que desvalorizam o seu poder avaliando-o negativamente. Na sua opinião as alterações ocorridas nas profissões, não podem ser corretamente compreendidas *“com conceitos como desprofissionalização ou proletarização.”* (Rodrigues, 2012:96).

Tal guia-nos para uma maior compreensão do percurso destes profissionais, com base na preocupação com a definição do que para cada um deles é um bom ou um mau profissional, e com uma correta delimitação das práticas, cujo foco central tem incidência na formação académica e contínua, e a forte ligação à escola, como suporte dessas competências e boas práticas.

Em jeito de perfazimento para a primeira dimensão podemos perceber a preocupação dos entrevistados e a ênfase que os mesmos dão à formação, à prática baseada na evidência, e à dicotomia entre a definição do que para eles significa ser um bom e/ou mau profissional, com base na procura constante de aumento dos saberes e competências adquiridas, essencialmente através da formação na académica.

No que diz respeito à *D2* e através dos testemunhos analisados, foi possível perceber a existência de uma necessidade contínua de afirmação profissional, igualmente com base na formação, que os mesmos consideram de grande relevância. Estes dados estão em consonância com os resultados anteriormente obtidos para a primeira dimensão.

No entanto, percebemos que estes tendencialmente ainda procuram verdadeiramente o seu campo ação ou “espaço” profissional no qual devem agir, bem como as formas de se estabelecerem nas estruturas organizacionais.

Já em relação à regulação e o associativismo, verifica-se de forma evidente, que todos o consideram insuficiente estando, no entanto, constantemente implícito como um desejo, essencialmente sob a forma de ordem profissional, sendo para alguns dos entrevistados preocupante a questão da falta de empenho nesta pertença duma comunidade. Tal é, pois, um desejo latente, bem como o discurso referenciado ao conhecimento científico, como meio de alcançarem uma especialização e a (re)estruturação do seu campo de ação profissional.

No que refere aos saberes e competências inerentes à profissão, os dados recolhidos deixam seguramente clara a necessidade de afirmação ao nível dos saberes próprios da profissão, e do reforço dessas competências, como forma de fortalecer a especificidade do trabalho profissional.

Uma vez mais deixam espelhada de forma clara, a existência da necessidade de formação, como suporte das competências nas suas diferentes áreas de ação, sendo esta para eles percecionada como fundamental para a conquista do

reconhecimento, delimitação do seu campo de ação, e o alcançar de visibilidade social para a fisioterapia, tornando-se um imperativo do próprio profissional, efetua-la de forma contínua como base da sua cientificidade, representando um dever ético.

Podemos igualmente verificar que estes atores “sentem” ainda como distante a regulamentação da profissão e a constituição, e/ou transformação da sua associação numa Ordem Profissional de pleno direito. O seu pensamento enquanto profissionais, foca-se na pessoa e num conjunto de técnicas de qualidade, o que reflete ainda um pensamento meramente tecnicista, e o afastamento entre a prática e o ensino pós-graduado.

Em síntese foi primordial, e após efetuar um longo caminho através da investigação, e após a “dissecação” de todos os dados obtidos, ficar a conhecer de forma abrangente o pensamento dos entrevistados, redirecionando o nosso “olhar”, com o objetivo de perceber de forma exata as Tendências, Problemas e Perspetivas das Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses, que em opinião própria podem representar o futuro da profissão.

Com o intuito de melhor compreender os desejos demonstrados por os profissionais nos seus “discursos”, e sempre tendo por base os dados recolhidos nas entrevistas, foram elaboradas diferentes estruturas de sentido com o claro objetivo de afunilar o nosso conhecimento, na sua matriz de ação, tendo em conta os constrangimentos do sistema de ação concreto, e a forma como este moldou, molda ou moldará as práticas quotidianas dos mesmos. Percebemos igualmente a sua lógica de ação e, as suas orientações identitárias, levando em conta os seus dilemas e orientações.

Como expectativas futuras conseguimos apreender alguma disparidade nos anseios demonstrados, sendo, no entanto, comum à grande maioria o desejo da obtenção de uma Ordem Profissional como tradução de autonomia e regulação.

Para alguns o maior desejo reflete-se classicamente nessa mesma autonomia, sendo para outros da maior importância uma maior abrangência do campo

profissional, com a “interceção” a outros campos de ação, como caminho mais correto para a autonomia. Estes são os profissionais que dão ênfase à formação em novas áreas de saber como a acupuntura ou a osteopatia. Aqui percebemos também o interesse pela formação e valorização profissional, com o objetivo focado no total controlo da regulação profissional, bem como a aproximação a outros grupos profissionais da mesma área de ação, sendo, no entanto, ainda marcada a fraca autonomia e delimitação do seu campo de ação.

Não é fácil compreender, no entanto, a importância dada ao fato da regulação da profissão, quando alguns discursos refletem, com atrás referido, o recurso a áreas de conhecimento paralelas como forma de afirmação da sua própria autonomia, e como confirmação da quase ausência de regulação, e delimitação das suas “fronteiras” profissionais, sendo em muitos casos a visão economicista uma aleada “envenenada” de tal ocorrência.

Tal representa uma contradição no sentido em que, por um lado defendem a utilização de práticas próprias da fisioterapia, sendo estas referidas mesmo como “*grande potencial para a evolução da profissão*” (Q13E11), com uma função identitária não só para “dentro” deste grupo de profissionais, mas também e primordialmente para os outros grupos, para que dele se distingam, como referido por Santos (2011), e por outro referem a intrusão de outros profissionais de áreas paralelas no seu contexto de ação.

Existe então a possibilidade do comprometimento do ambicionado fechamento do sistema de saberes e fazeres específicos, como referido por Macdonald (1995), que na verdade significa o acesso vedado aos profissionais não especializados, (com saberes próprios), ou como refere Larson (1977) com a capacidade de controlarem o “seu” mercado.

Mas neste caso, este grupo sócio profissional tem como objetivo o fechamento do seu mercado a outros profissionais, não se coibindo, no entanto, de “invadir” áreas paralelas, enfraquecendo assim a sua identidade e poder enquanto profissão. Podemos aqui perceber a procura por um “espaço”, e a

sua afirmação nas diferentes estruturas organizacionais, mas a abertura de fronteiras a áreas paralelas.

Tal remete-nos para um “*deficit*” de profissionalismo, que passa uma vez mais pela falta de poder para designar quem é ou não suficientemente qualificado para poder exercer a profissão, ou ainda, avaliar a qualidade do exercício, sendo este encarado como uma forma de regulação do trabalho, com base na certificação, autonomia de decisão, auto-regulação e fechamento de mercado, bem como, na orientação para a resolução de problemas, como refere Rodrigues (2012).

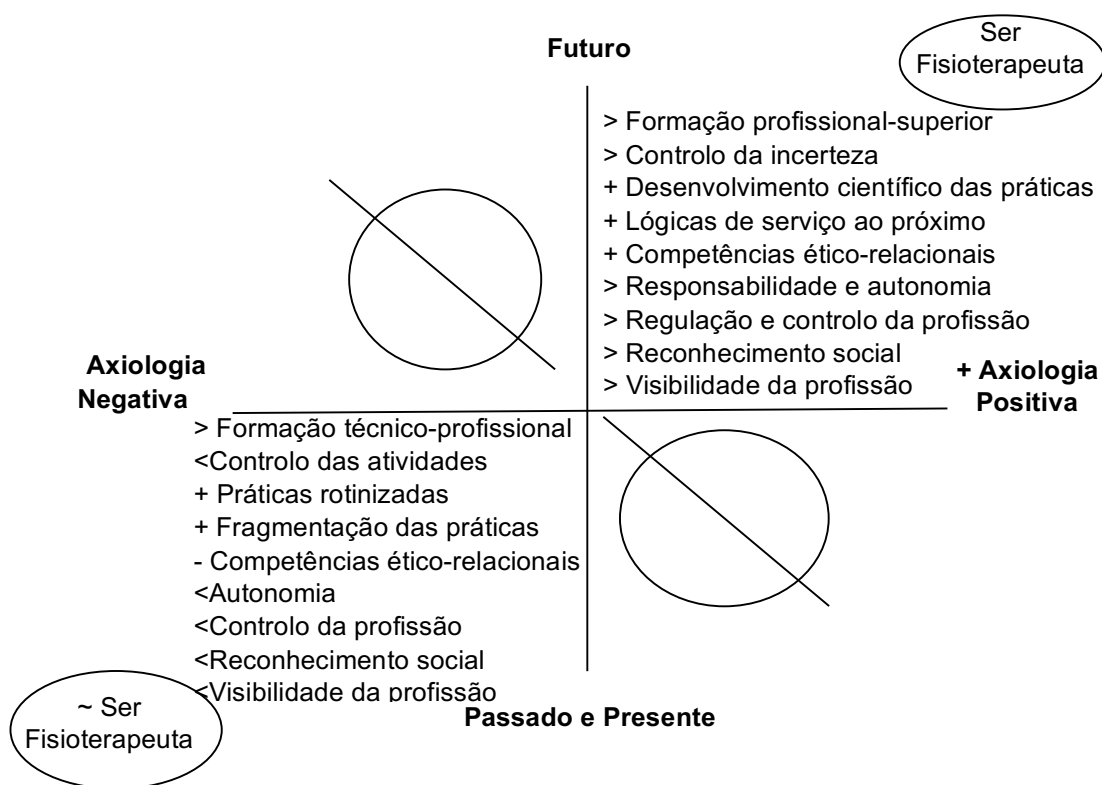
Esta é marcadamente uma tendência, assumida por uma nova geração de profissionais, sendo um fenómeno dinâmico determinado pela vontade coletiva, e representando esta iguais vontades individuais, e/ou condicionadas por fatores externos identificáveis, sendo neste caso maioritariamente económicos, de marketing, publicidade entre outros.

Como tendências e anseios futuros este grupo de profissionais apresenta neste caso, como se tornou evidente, um foco bem direccionado para o que “*é profissional*” não sendo tão relevante a formação ao nível graduado (doutoramento, mestrado, pós graduação), mas sim sempre presente como um desejo premente, de suporte ao conhecimento, revelando-se aqui uma relevância notória da formação para a prática, o que denota a presença ainda vincada de uma “postura” essencialmente técnica no seu exercício profissional, ou seja, a formação como meio de aperfeiçoamento técnico das práticas, estando esta intimamente relacionada com a competência e a necessidade de aquisição de novos saberes e conhecimentos para o exercício. Sendo então esta fundamentalmente a base da vertente profissional, de forma continuamente necessária para o desenvolvimento dos *skills* práticos.

Os resultados corroboram com a pesquisa previamente efetuada, e com a revisão sistemática efetuada a teses de mestrado e doutoramento, tendo sido identificadas quatro teses de doutoramento e dez de mestrado, através dos

repositórios científicos de acesso aberto de Portugal e repositório do instituto politécnico de Lisboa, as quais abordam temas essencialmente de suporte à ação técnica.

No esquema que se segue podemos deter uma visão globalizada do que foi o passado e presente, e o que os profissionais desejam ou perspetivam para o futuro, materializada numa matriz simbólico-valorativa entre o “*ser e não ser fisioterapeuta*”.



Esquema 18: Presente e Passado - Tendências de Futuro

Fonte: Interpretação dos conteúdos das entrevistas

No essencial, é importante referir que os resultados do estudo desocultaram uma matriz simbólico-valorativa dos fisioterapeutas estudados, onde estes aludem de forma constante às boas práticas em fisioterapia, e às práticas

baseadas na evidência, como forma que adotam para resolver as suas questões de reconhecimento profissional e autonomia, considerando ainda tal fato de extrema importância, recorrendo ao cumprimento dos princípios e normas de qualidade em fisioterapia definidos pela APF. Isto reflete no seu entender uma valorização e reconhecimento da sua imagem enquanto profissionais, sendo estas conjuntamente com as suas competências, características que diferenciam um bom de um mau profissional, tendo estes fatores consequências diretas na prática destes profissionais.

Uma vez mais e com um (re)olhar depositado no futuro, e parafraseando Rodrigues, esta situação indica um fenómeno contrário à profissionalização, e como refere a autora, aponta “*para a erosão do fenómeno [da profissão] e para a chamada tendência à desprofissionalização*” (Rodrigues, 2012:25), com degradação do estatuto profissional, e consequente erosão da sua identidade, por perda dos limites da ação, em detrimento do aumento dos saberes e competências técnicas.

Este foi um trabalho elaborado e executado ao longo de três anos, com constante pesquisa, muita reflexão e dedicação, com o qual enriqueci de forma abrangente os meus saberes e competências, especialmente o poder reflexivo sobre as dinâmicas de ação no contexto profissional, privilegiando o olhar sociológico e tendo por base a análise estratégica, e o sistema concreto de ação.

Ao longo do seu percurso, este grupo socio profissional tem vindo a (re) definir o seu corpo de saberes e as suas práticas quotidianas no contexto da prestação dos cuidados de saúde e podemos compreender, através de diferentes autores como Carapinheiro, (2006), Santos, (2011), Rodrigues, (2012) que a autonomia, o monopólio de conhecimento, e a especialização são fontes preponderantes do poder das profissões, sendo consequência direta do aumento dos saberes e competências destes profissionais. Contudo, estes profissionais de saúde integram como já foi anteriormente referido, as profissões das Tecnologias da

Saúde, caracterizando-se estas tendencialmente, por um elevado nível de formação, conducente a um acentuado processo de crescimento científico a qual, deveria originar ou melhor, era expetável esperar o correspondente aumento de autonomia. Porém esta situação é mais virtual do que real.

Espero verdadeiramente, que a partir destas conclusões seja possível futuramente efetuar um estudo mais abrangente e/ou aprofundado pois, não posso deixar de mencionar as limitações desta investigação, com principal incidência no número de entrevistados, sendo-me este facto alheio, mas sem dúvida um fator de constrangimento no sucesso, essencialmente, da calendarização das tarefas previamente elaboradas, por dificuldade na obtenção do consentimento e disponibilização por parte de todos os entrevistados contactados.

É igualmente importante a (re)centralização dos objetivos destes profissionais enquanto grupo, no sentido de definirem e delimitarem as suas práticas com o firme propósito de afirmarem a sua autonomia sustentada no seu “monopólio ocupacional”, apostando na auto-regulação com o objetivo de “esbater” o desfasamento atualmente existente entre a afirmação de uma identidade própria, baseada em práticas próprias da fisioterapia e a tendência preconizada e observada na intrusão em saberes e competências de áreas de saber paralelos.

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*. London, The University of Chicago Press
- Abbott, A. (1991a). The future of professions: occupation and expertise in the age of organization. *Sociology of Organizations*, 8, pp. 17-42.
- Abbott, A. (1991b). The order of professionalization. An empirical analysis. *Work and Occupations*, 18(4), pp. 355-386.
- Abrantes, A.L. (2012). *Determinantes organizacionais na qualidade em tecnologias da saúde. O caso particular dos serviços de radiologia do sector público da Região de Saúde do Algarve*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Évora: Universidade de Évora
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Lisboa: Educa
- Alaszewski, A. (2005). Restructuring health and welfare professions in the United Kingdom: the impact of internal markets on the medical, nursing and social work professions. in T. Johnson, G. Larkin & M. Saks, M. (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge. pp. 31-42.
- Aldridge, M. & Evetts, J. (2003). Rethinking the concept of professionalism: the case of journalism. *British Journal of Sociology*, 54 (4 - December 2003) pp. 547 - 564.
- Alfaiate, J.M. (2010). *Alguém te diz para onde vais? A questão social portuguesa vista pelo prisma dos sistemas*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Alford, R. & Friedland, R. (1986). *Powers of Theory*. Cambridge: Cambridge Univ. Press
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (2º ed.). Braga: Psiquilíbrios
- Almeida, J.F. & Pinto, J.M. (1990). *A investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Presença
- Alter, N. (1996). *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*. Paris: PUF
- Alvarez-Uría, F. & Varela, J. (1986). *Materiales de sociologia critica*. Madrid: ediciones de la Piqueta
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. & Livian, Y.-F. (1996). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris: Seuil

- Amossy, R. (org.). (2005). *Imagens de si no discurso. A construção do ethos*. S. Paulo: Contexto
- Andrade, L.A.G. (1996). Vocação Institucional do Poder Legislativo. *Revista do Legislativo*, Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 15, julho-set.
- Angerm ller, J. (2005). Qualitative methods of social research in France: Reconstructing the actor, deconstructing the subject. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), Art. 19 - September 2005, open-access journal. Disponível em <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/8/17>.
- Antunes, M. (2013). *Efetividade de cuidados de fisioterapia no estado de saúde de indivíduos com dor cr nica*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, Especialização do Movimento Humano. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Instituto Politécnico de Coimbra
- Appleby, C. (1995). Boxed in? The use of allied health professionals in primary care. *Hospitals & Health Networks*, 69 (18), pp. 28-33.
- Apóstolo, J. & Gameiro, M. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. *Revista Referência*, 1, pp. 29-30.
- Areosa, J. & Carapinheiro, G. (2008). Quando a imagem   profissão. Profissões da imagiologia em contexto hospitalar. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, pp. 83-108
- Armstrong, D. (1997). Foucault and the sociology of health and illness. A prismatic reading. A. Petersen and R. Bunton (org.), *Foucault, health and medicine*, London: Routledge, pp. 15-30.
- Arpin, J. (2003). Masters of Their conditions: At the Crossroads of Health, Culture and Performance. *Transcultural Psychiatry*, vol. 40, pp. 299-328.
- Atkins, J. (1998). Tribalism, loss and grief: issues for multiprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12 (3), pp. 303-307.
- Azevedo, R.G. (2000). *Informaliza  o da Justiça e Controle Social*. São Paulo:IBCCrim
- Bacharach, P. & Baratz, M. (1979). *Poder e Decisão*. in F.H. Cardoso & C.E. Martins, *Política e Sociedade*, São Paulo: Cia Ed. Nacional, vol. 1.
- Baer, W. (1986). Expertise and professional standards. *Work and Occupations*, 13(4), pp. 532-552.
- Baert, P. & Silva, F.C. (2014). *Teoria social contemporânea*. Lisboa: Mundos Sociais
- Baganha, M. I., Ribeiro J., Pires S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização socioprofissional. Oficina do CES.

- N.º 182. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em 20/12/2013. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>
- Baltazar, M.S. (2005). A integração na recente teoria sociológica: do micro-macro e da ação-estrutura de Anthony Giddens in F. Ramos & C. Silva. (Orgs). *Sociologia em Diálogo*, Évora: Universidade de Évora, pp. 7-19.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barnard, C. I. (1971). *As Funções do Executivo*. São Paulo: Editora Atlas
- Barrett, E.M., Hussey, J. & Darker, C.D. (2017). Feasibility of a physical activity pathway for Irish primary care physiotherapy services. *Physiotherapy*, 103 (1), pp. 106 - 112.
- Batista, P.A. (2012). *Organização e impacto da fisioterapia nos cuidados de saúde primários do Algarve*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde. Faculdade de Economia, Universidade do Algarve
- Benavente, A. et. al. (1997). Direitos dos Cidadãos em Portugal: Conhecimentos e Opiniões. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 24, pp. 71-114.
- Benamouzig, D. & Robelet, M. (2014). Les indicateurs qualité et l'intégration bureaucratique de l'hôpital. *Quaderni*, 85, pp. 65-82. (LIEPP Working Paper n°20, Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques. Disponível em www.sciencespo.fr/liepp)
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *A construção social da realidade: um tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes
- Bergeron, H. & Castel, P. (2011). Continuity, capture, network: The professional logics of the organization of care. *Sociologie du Travail*, 53, pp. 1-18.
- Bernoux, P. (s.d.). *A sociologia das organizações*. Porto: RÉS-Editora, Lda
- Bertalanffy, L.V. (1975). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Ed. Vozes
- Bertillot, H. (2014). *La rationalisation en douceur. Sociologie des indicateurs qualité à l'hôpital*. Thèse doctoral em Sociologie. Programme doctoral Sociologie de l'action. Ecole Doctorale de Sciences Politiques. Institut d'Etudes Politiques de Paris. Disponível em <http://www.theses.fr/2014IEPP0042>
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normande, R., Benamouzig, D., Pierru, F. & Evetts, J. (2011). New public management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? *Sociologie du Travail*, 53, pp. 293-348. doi:10.1016/j.soctra.2011.06.003
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normande, R., Benamouzig, D., Pierru, F. & Evetts, J. (2012). New public management and professionals in

- the public sector. What new patterns beyond opposition? *Sociologie du Travail*, 54, pp. e1-e52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soctra.2012.07.001>
- Bilhim, J. P. (2005). *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas* (4ªed.). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Blane, D. (1991). Health Professions. In G.O. Scambler (Ed.), *Sociology as Applied to Medicine*, London: Bailière Tindall
- Blin, J. F. (1997). *Représentations, pratiques et identités professionnelles*. Paris: L'Harmattan
- Bogdan, R., Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bonafont, L. C. (2004). *Redes de Políticas Públicas*. Collección «Monografias», nº 206, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas
- Bonelli, M.G. (2002). *Profissionalismo e política no mundo do direito*. São Paulo: Editora Sumaré
- Boudon, R. (1978). *La logique de l'action collective*. Paris: PUF.
- Boudon, R. (1995). *Tratado de sociologia*. Porto: Edições Asa
- Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico*. Lisboa: Difel
- Bourdieu, P. (1994). *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil (Liber)
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. & Passeron, J.-C. (1999 [1968]). *A Profissão de Sociólogo*. Petrópolis: Vozes
- Boussard, V. (1999). *Construction et objectivation de la légitimité des règles : le cas des indicateurs de gestion*. Thèse de doctorat en Sociologie. Universidade Paris-IX (Université Paris-Dauphine)
- Boyer, R. (1986). *La Flexibilité du Travail en Europe - une étude comparative des transformations du rapport salarial dans sept pays de 1973 à 1985*. Paris: Éditions La Découverte.
- Braga, D.A. & Silva, C.A. (2014). A competição pela jurisdição profissional: O caso dos médicos e farmacêuticos na prescrição por denominação comum internacional (DCI). *40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas*. Atas do VIII Congresso Português de Sociologia, 14 a 16 de abril de 2014, Évora. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/12832>
- Brandão. A.C. (2012). *Caracterização da prática do fisioterapeuta na sua intervenção em crianças até um ano de idade com torcicolo muscular congénito*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

- Brandão, A.M. (2014). *Uma introdução à abordagem sociológica das identidades*. Ribeiro-V.N. Famalicão: Húmus
- Brandão, A.M., Marques, A.P. & Araújo, E.R. (org.) (2004). *Formas identitárias e modernidade tardia*. Braga: Núcleo de Estudos de Sociologia da Universidade do Minho
- Brannon, R. L. (1994). *Intensifying care: The hospital industry, professionalization, and the reorganization of the nursing labor process*. Amityville, New York: Baywood Publishing
- Brint, S. (1993). Eliot Freidson's contribution to the sociology of professions. *Work and Occupations*, 20(3), pp. 259-278.
- Bunton, R., Nettleton, S. & Burrows, R. (1995), *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, London: Routledge
- Burrage, M. & Torstendahl, R. (orgs.) (1990). *Professions in Theory and History*. London, Sage
- Burrell, G. & Morgan, G. (1994). *Sociological paradigms and organizational analysis*. Hampshire: Arena
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. in: A.S.P. Moreira, (org). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária
- Camargo, B.V. & Justo, A.M. (2013). *Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ*. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Disponível em <http://www.iramuteq.org>
- Campenhoudt, V. L. (2012). *Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais*. Lisboa: Gradiva
- Capra, F. (1997). *A Teia da Vida*. Ed. Cultrix.
- Canário, R., (1997). Formação e mudança no campo da saúde: in R. Canário, (org.), *Formação e situações de Trabalho*, Porto: Porto Editora
- Canário, R., (2005). A escola e as “dificuldades de aprendizagem”. In *Psicologia da Educação*, São Paulo, 21, pp. 33-51.
- Carapinheiro, G. (1986). A Saúde no contexto da Sociologia. *Sociologia - Problemas e Práticas*, 1, pp. 9-22.
- Carapinheiro, G. (2005 [1993]). *Saberes e poderes no hospital*. 4.^a Ed., Porto: Edições Afrontamento

- Carapinheiro, G. & Rodrigues, M. (1998). Profissões: protagonismos e estratégias. in J. Viegas e António Costa, *Portugal que modernidade?* Oeiras: Celta. pp. 147-164.
- Caria, T. (2005). *Saber profissional*. Coimbra: Almedina
- Carr-Saunders, A. (1928). *Professions: Their Organization and Place in Society*. Oxford: Clarendon Press
- Carreiras, H., Freitas, F. & Valente, Isabel (1999). *Profissão sociólogo*. Oeiras: Celta
- Carvalho, D. & Silva, M.F. (eds). (1988). *Lexicometria. Seminaire de Maurice Tournier*. Lisboa: Universidade Aberta
- Carvalho, M. (2006). *A Nova Gestão Pública as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Universidade de Aveiro. Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas.
- Carvalho, T, Santiago, R. & Caria, T. (2012). *Grupos Profissionais, Profissionalismo e Sociedade do Conhecimento Tendências, problemas e perspectivas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes
- Charaudeau, P. (2005). *Les discours politique. Les masques du pouvoir*. Paris: Vuibert
- Chauvenet, A. (1972). Professions hospitalières et division du travail, *Sociologie du Travail*, 2, pp. 145-163.
- Chazel, F., Favereau, O. & Friedberg, E. (1994). *Symposium sur Le Pouvoir et la Règle. Sociologie du Travail*, 1, pp. 85-111.
- Clegg, S. (1989). *Frameworks of power*. London: Sage Publications.
- Clegg, S. & Dunkerley, D. (1980). *Organization, class and control*. London and New York: Routledge & Kegan Paul
- Collins, R. (1979). *The Credential Society an Historical Sociology of Education and Stratification*. Orlando, Academic Press.
- Collins, R. (1990). *Changing conceptions in the sociology of the professions*. In R. Torstendahl & M. Burrage, *The Formation of Professions*, London: Sage, pp. 11-22.
- Corcuff, P. (2001). *As novas Sociologias*. Sintra: Distribuidora Editora Vral, Lda.
- Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, pp. 83-103.

- Correia, T. (2012). *Medicina - agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais
- Costa, A.F. (1988). Cultura Profissional dos Sociólogos. *Sociologia - Problemas e Práticas*, 5, p.107-124.
- Costa, C. (2011). *Tradução e adaptação da PEDro Scale para a cultura portuguesa: um instrumento de avaliação de ensaios clínicos em fisioterapia*. Mestrado em Ciências da Fisioterapia. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana
- Coulter A. (2002). *The Autonomous Patient*. London: Nuffield Trust
- Courpasson, D. (1997). Régulation et gouvernement des organisations. Pour une sociologie de l'action managériale. *Sociologie du Travail*, 1, pp. 39-61.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia da Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina
- Coutinho, M.I. (1998). *Atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Creswell, J. (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications
- Crozier, M. (1995). Le pouvoir confisqué: jeux des acteurs et dynamique du changement. *Sciences Humaines*, 9, pp. 37-39.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil
- Cruz, J.P. (2016). *Autogestão na reabilitação de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica: o papel da telemonitorização e atividade física*. Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade de Aveiro.
- D'Orazio, E. (Org.). (2004). Business Ethics and Corporate Social Responsibility in a Global Economy. *Notizie di Politeia*, v. 20, n. 74
- Davies, C. (1972). Professionals in organisations: some preliminary observations on hospital consultants. *Sociological Review*, 20, pp. 553-567.
- Davies, C. (1996). The sociology of professions and the professions of gender. *Sociology*, 30(4), pp. 661-679.
- Davies, C. (2000). Getting health professionals to work together. *British Medical Journal*, 320, pp. 1021-1022.
- Demazière, D. & Dubar, C. (1999). L'entretien biographique comme outil de l'analyse sociologique. *Revue de Sociologie et d'Anthropologie*, 6 (2): 89-104.

- Demazière, D. & Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens biographiques*. Quebec, Canada: Les Press de l'Université Laval
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (2010). *O planeamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.
- Desmarais, D. (2009/2010). El enfoque biográfico. *Cuestiones Pedagógicas*, 20: 27-54.
- Doise, W., Clemence, A. & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Representations sociales et analyses des données*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble
- Donnadieu, G. & Layole, G. (1995). Essai d'interprétation systémique de la régulation sociale dans une organisation. *Les papiers de recherche du GREGOR*. Disponível em <http://www.gregoriae.com/dmdocuments/1995-04.pdf>
- Down, S. & Reveley, J. (2009). Between narration and interaction: situating first-line supervisor identity work. *Human Relations*. 62(3): 379-401.
- Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue Française de Sociologie*, 33, pp. 505-529.
- Dubar, C. (1994a). De la sociologie des "professions" à la sociologie ds groupes professionnels et des formes identitaires. in Y. Lucas & C. Dubar (éds), *Genèse & dynamique des groupes professionnels*. Lille: Presses Universitaires de Lille, pp. 249-260.
- Dubar, C. (1994b). L'insertion comme articulation temporelle du biographique et du structurel. *Revue Française de Sociologie*, 35, pp. 283-291.
- Dubar, C. (1997). *A Socialização. Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora
- Dubar, C. (1998). Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educação e Sociedade*, ano XIX, no.62, abril/98
- Dubar, C. (2000). *La crise des identités - L'interprétation d'une transformation*. Paris: PUF.
- Dubar, C. (2003). Formação, trabalho e identidades profissionais. In R. Canário, (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, pp. 43-52.
- Dubar, C. (2004). Agente, ator, sujeito, autor: do semelhante ao mesmo. Primeiro Congresso da Associação Francesa de Sociologia. França, pp. 56-69.
- Dubar, C. & Tripier, P. (1998). *Sociologie des Professions*. Paris: Armand Colin
- Dubet, F. (1994). *Sociologia da Experiência*. Lisboa: Instituto Piaget
- Dubet, F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris: Seuil
- Dubos, R (1980). *Man Adapting New Haven*. Yale: Yale University Press

- Dupuy, François (1994). L'évolution conceptuelle du raisonnement stratégique et systémique. in F. Pavé et M. Crozier, (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, pp. 123-132.
- Durkheim, É. (1940). *Os grupos profissionais*. Lisboa: Editorial Inquérito
- Durkheim, É. (1984). *A divisão do trabalho social*. vol. 1, Lisboa: Editorial Presença
- Durkheim, É. (1999). *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Editora Martins Fontes
- Easton, D. (Org.). (1970). *Modalidades de Análise Política*. Rio de Janeiro: Zahar
- Eder, K. (2003). Identidades coletivas e mobilização de identidades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online]. 18(53): 5-18. Referência <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69092003000300001>. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n53/18075>
- Elliott, p. (1975). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Editorial tecnos
- Estrela, M. T. (1997). *Viver e Construir a Profissão Docente*. Porto: Porto Editora
- Etzioni, A. (1968). *The Active Society, A Theory of Societal and Political Processes*. New York/London
- Etzioni, A. (ed.) (1969). *The semi-professions and their organizations: teachers, nurses, social workers*. New York: The Free Press
- Evetts, J. (1999). Professionalisation and professionalism: issues for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 13(2): 119-128.
- Evetts, J. (2002). New directions in state and international professional occupations: discretionary decisionmaking and acquired regulation. *Work, employment and society*. 16(2): 341-353.
- Evetts, J. (2003a). Sociología de los grupos profesionales: historia, conceptos y teorías. in M. Martínez et al. (coord.), *Sociologia de las profesiones*, Murcia: Diego Marín. pp. 29-49.
- Evetts, J. (2003b). The sociological analysis of professionalism. *International Sociology*. 18 (2): 395-415.
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), pp. 406-422.
- Evetts, J. (2012). *Professionalism in Turbulent Times: Changes, Challenges and Opportunities*. Propel International Conference, Stirling, 9-11 May 2012
- Evetts, J. (2014). The Concept of Professionalism: Professional Work, Professional Practice and Learning. in S. Billett et al. (eds.), *International Handbook of*

Research in Professional and Practice-based Learning, Springer International Handbooks of Education, Springer Science+Business Media Dordrecht, pp. 29-56

- Fernandes, B. (2011). *Modalidades fisioterapêuticas pós-AVC: estudo comparativo das intervenções da fisioterapia relativamente a vários parâmetros evidenciados em indivíduos com AVC*. Tese de Doutoramento em Ciências do Desporto, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
- Fernandes, M.B. (2003). *A Declaração de Bolonha e o Ensino da Fisioterapia em Portugal: Opinião de Docentes e Estudantes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Educacional. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Fernandes, J. V., Barros, P.P. & Fernandes, A.C. (2011). *Três Olhares Sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais: Principia
- Fernandez, J.L.F. & Alonso, A.H. (1994). *Etica de las profesiones*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Ferreira, C., Peixoto, J., Carvalho, A. S., Raposo, R., Graça, J.C., & Marques, R. (2013). *Sociologia*. Lisboa: Escolar editora.
- Ferreira, F.I. (2010). *Contributos da gestão da qualidade nas práticas em fisioterapia: o caso particular das percepções dos fisioterapeutas que trabalham junto das crianças e jovens com bronquiolite viral aguda*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa
- Ferreira, J.M.C., Neves, J.G. & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das organizações*. Lisboa: McGraw-Hill
- Fialho, J., Silva, C. & Saragoça, J. (2011). Trabalho e dilemas nas relações laborais: valores, perspectivas e expectativas. *Revista Educação Skepsis*, n. 2 - Formación Profesional. Vol.I. Contextos de la formación profesional. São Paulo: skepsis.org. pp. 33-60. Disponível em url: <<http://academiaskepsis.org/revistaEducacao.html>> [ISSN 2177-9163] - consultado em Março de 2014
- Fialho, J, Silva, C. & Saragoça, J. (coord.). (2015). *Diagnóstico Social - Teoria, Metodologia e Casos Práticos*. Lisboa: Edições Sílabo
- Filipe, J. P. (2008). *Nós: do Encontro de Experiências à Construção de um Saber de Referência para a Coordenação da Acção Conjunta — uma Voz para os Educadores*. Tese de Doutoramento em Sociologia da Educação, Lisboa: Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação qualitativa*. Lisboa: Monitor

- Fody, W. (1996). *Como perguntar. Teoria e prática de construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta
- Fonseca, J.P. (2012). *História da Fisioterapia em Portugal (da origem a 1966)*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freidson, E. (1968). *Professional powers*. London: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1973). *The professions and their prospects*. Beverly Hills: Sage.
- Freidson, E. (1975). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company
- Freidson, E. (1993). How dominant are the professions? in F.W. Hafferty and J.B. McKinlay (org.). *The changing medical profession. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, p54- 66.
- Freidson, E. (1994). *Renascimento do profissionalismo. Teoria, profecia e política*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Freire, J. (1993). *Sociologia do trabalho: uma introdução*. Porto: Ed. Afrontamento
- Freitas, S. & Lopes, A.M.F. (2005). O primeiro emprego dos licenciados em Fisioterapia pela ESSA. *Re(Habilitar) - Revista da ESSA*, 1, pp. 49-75.
- Friedberg, E. (1992). Les quatre dimensions de l'action organisée. *Revue Française de Sociologie*, 33: 531-557.
- Friedberg, E. (1994). Le raisonnement stratégique comme méthode d'analyse et comme outil d'intervention. In F. Pavé & M. Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, pp. 135-152.
- Friedberg, E. (1995a). *O poder e a regra - Dinâmicas da ação organizada*. Lisboa: Inst. Piaget.
- Friedberg, E. (1995b). Organização. in R. Boudon (org), *Tratado de Sociologia*. Porto: Edições Asa. pp. 343-378
- French, H.P. & Dowds, J. (2008). An overview of Continuing Professional Development in physiotherapy. *Physiotherapy*, 94 (3), pp. 190-197.
- Gadea, C. (2003). Sociologie des cadres et sociologie des professions: proximités et paradoxes. *Knowledge, Work & Society*. 1: 12-23.

- Galego, C. & Gomes, A.A. (2005). Emancipação, rutura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5 (5), pp. 173-184.
- Garrido, A.R.U. (2008). *Análisis estructural de contenido: una aproximación sociológica al texto. in Reificación, Reproducción y Resistencia al Mensaje Disciplinario de los Cuentos Infantiles*. Tesis Doctorat en Sociología. Barcelona: Universidad de Barcelona. pp. 249-286.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. 3ª Ed. Loures: Lusociência
- Gaventa, J. & Jones, E. (2002). *Concepts of citizenship: a review*. Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability (IDS). Brighton: IDS, n. 19.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1996). *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras: Celta Ed
- Ghisleni, A.P. (2010). *A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise dos fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva*. Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
- Gibbs, A. (1997). Focus Group Research. *Social Research Update*, 19, pp. 1-4
- Giddens, A. (1989). *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes
- Giddens, A. (1992). *Capitalism and Modern Social Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Giddens, A. (1997). *Modernidade e identidade pessoal*. Oeiras: Celta
- Giddens, A. (1998). *As consequências da Modernidade*, 4ª ed., Oeiras: Celta
- Giddens, A. (2007). *Sociologia*. 5ª Ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company
- Goffman, E. (1968). *Asiles. Études sur la condition sociale des maladies mentaux*. Paris: Minuit.
- Goffman, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'Água editores
- Goffman, E. (2014 [2012]). *Os quadros de experiência social: uma perspectiva de análise*. Petrópolis: Editora Vozes
- Goode, W.J. (1957). Community within a community: the professions. *American Sociological Review*, v. 22, n. 2, April 1957, pp. 194-200.

- Gomes, R. & Mendonça, E. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) v.18 n.5
- Gonçalves, C. (s.d.). Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/5512.pdf>
- Gonçalves, C. (2006). Profissões e mercados: notas de reflexão. *Forum Sociológico*, n.os 15/16, pp. 15-32.
- Gonnet, F. (1992). *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris: Éditions Lamarre
- Gonnet, F. (1994). Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics. Francis Pavé & Michel Crozier (org.), *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, pp. 337-344.
- Guillén, M. (1990). Profesionales y burocracia: desprofesionalización, proletarianización y poder profesional en las organizaciones complejas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 51: 35-51.
- Gouveia, M.L., & Lopes, A. (1990). O Reconhecimento do Fisioterapeuta como um Profissional. *Fisioterapia*, 1 (1), pp. 17-20.
- Gouveia, M. L. (2002). História de uma vida, história de uma profissão. *Atas do V Congresso Nacional de Fisioterapeutas*. Lisboa
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação*. Cascais: Principia
- Guerra, I. C. (2002). Cidadania, exclusões e solidariedades. Paradoxos e sentidos das novas políticas sociais. *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 63 | 2002, posto online no dia 01 Outubro 2012, consultado o 30 Março 2014
- Guerra, I. (2006). *Participação e acção coletiva: Interesses, conflitos e consensos*. Estoril: Príncípa
- Gunn, H. & Goding, L. (2009). Continuing Professional Development of physiotherapists based in community primary care trusts: a qualitative study investigating perceptions, experiences and outcomes. *Physiotherapy Journal*, 95(3), pp. 209-214.
- Guskey, T. R. & Huberman, M. (1995). *Professional Development in Education. New Paradigms & Practices*. New York: Teachers College Press
- Ham, C. & Hill, M. (1985). *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books

- Hammond, R., Cross, V. & Moore, A. (2016). The construction of professional identity by physiotherapists: a qualitative study. *Physiotherapy Journal*, 102(1), pp. 71-77.
- Haug, M. (1973). Deprofessionalization: an alternative hypothesis for the future. *Sociological Review Monograph*, 2: 195-211.
- Hiernaux, J.-P. (1997). Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos. in L. Albarello (org). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, pp. 156-202.
- Hiernaux, J-P. (2009). El pensamiento binario. Aspectos semánticos, teóricos y empíricos. *Epistemología*, 3(6): 25-41.
- Hiernaux, J-P. (2010). Analyse structurale de contenu et soutiens logiciels: une introduction au projet Anaconda. *Recherches Qualitatives - Hors Série*, 9: 56-82.
- Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projeto*. Loures: Lusociência.
- Houle, G. (2013). A história de vida ou a narrativa de prática. in B. Gauthier. *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. 3ª Ed. Loures: Lusociência. pp. 303-318.
- Huberman, M. (1989). *La vie des Enseignants*. Neuchâtel-Paris: Delachaux & Niestlé.
- Huberman, M. (2000). O Ciclo de Vida Profissional dos Professores in A. Nóvoa. (Org.), *Vidas de Professores*. Porto: Porto Editora, pp. 31-61.
- Hughes, E. (1988). *Men and their work*. Glencoe: The Free-Press
- Hughes, E. (1993). *The sociological eye. Selected papers*. New Burnswick: Transaction Publishers.
- Inbáñez, J.E.R. (1998). *La perspectiva sociológica. Historia, teoría y método*. Madrid: Taurus.
- Jamison, D.T. et al. (2013). Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet* 7 December 2013 (Volume 382 Issue 9908 Pages 1898-1955 DOI: 10.1016/S0140-6736 (13) 62105-4)
- Johnson, T. (1972). *Professions and Power*. London: Macmillan
- Johnson, T. (2005). Governmentality and the institutionalization of expertise. In T. Johnson, G. Larkin & M. Saks, M. (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge. pp. 4-13.
- Johnson, T., Larkin, G. & Saks, M. (2005). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge.

- Josephson, I., Woodward-Kron, R., Delany, C. & Hiller, A. (2015). Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship?. *Social Science & Medicine*, 143, pp. 128-136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.038>
- Kapandanda, A. (2015). *Perceção dos profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo-Angola sobre a fisioterapia: projeto de implementação de um serviço de fisioterapia*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa
- Kerssens, J.J. & Groenewegen, P.P. (1990). Referrals to physiotherapy: The relation between the number of referrals, the indication for referral and the inclination to refer. *Social Science & Medicine*, 30(7), pp. 797-804, [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90203-5](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(90)90203-5)
- Knox, G.M., Snodgrass, S.J., Stanton, T.R., Kelly, D.H., Vicenzino, B., Wand, B & Rivett, D.A. (2016). Physiotherapy students' perceptions and experiences of clinical prediction rules. *Physiotherapy*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2016.04.001>
- Krause, E. A. (1988). Les Guildes, l'État et la Progression du Capitalism: les Professions. Savantes, de 1930 à nos Jours. *Sociologie et Sociétés: La Sociologie des Professions*, XX (2)
- Lalonde, M. A (1974). *A new perspective on health of Canadians*. Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare.
- Larkin, G. (2005). State control and the health professions in the United Kingdom: historical perspectives. in T. Johnson, G. Larkin & M. Saks, M. (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge. pp. 25-30.
- Larson, M. (1977). *The Rise of Professionalism. A sociological analysis*. London: University of California Press
- Larson, M. (1990). In matter of expert and professionals or how impossible it is to leave noting unsaid. IN R. Torstendahl & M. Burrage, *The formation of professions: knowledge, state and strategy*, London: Sage, pp. 24-50.
- Lazarsfeld, P. & Merton, R. (1987) Comunicação de Massa, Gosto Popular e Ação Social Organizada. in G. Cohn. (org.). *Comunicação e Indústria Cultural: Leituras de Análise dos Meios de Comunicação na Sociedade Contemporânea e das Manifestações da Opinião Pública, Propaganda e Cultura de Massa nessa Sociedade*. 5. ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1987
- Le Moigne, J. (1989). *La Modélisation des systèmes complexes*. coll. Technologie, Paris: éd. Hermès

- Leal, E. (2011). *Variáveis psicológicas e percepção do estado de saúde em indivíduos submetidos a ressincronização cardíaca*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
- Lebart, L. & Salem, A. (1994). *Statistique textuelle*. Paris: Dunod
- Light, D. (2005). Countervailing powers: a framework for professions in transition. in T. Johnson, G. Larkin & M. Saks, M. (ed.). *Health professions and the state in Europe*. London & New York: Taylor & Francis e-Library & Routledge. pp. 14-24.
- Lindblom, C.E., (1959). The Science of the Muddling Through. *Public Administration Review*, N°. 19.
- Lopes, A. (2005). *Qualidade dos Serviços de Saúde. Boas Práticas na Organização e Gestão dos Serviços de Saúde. Um estudo de três Centros de Saúde da Região de Saúde do Centro*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa
- Lopes, A.M.F. (1990). Da Herança dos Saberes à Construção dos Saberes. *Revista de Fisioterapia*, 1 (1), pp. 11-16.
- Lopes, A.M.F. (1994). *Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas: papel e modalidades da formação continua*. Dissertação apresentada à Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, área de especialização Pedagogia na Saúde, 1994.
- Lopes, M.A.G. (2010). *Estudo prospetivo do mercado de trabalho dos fisioterapeutas até 2030*. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro
- Lopes, N.M. (1994). *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem - Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Lopes, N.M. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem - estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto
- Lopes, N. M. (2006), Tecnologias de Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização. in G. Carapinheiro, (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspetivas*, Coimbra: Pé de Página Editora, pp. 107-134.
- Lourenço, Ó. & Barros P. (2007). Seguro de saúde privado em Portugal. *Atas da 10ª Conferência Nacional de Economia da Saúde, sob o tema Economia da Saúde 1987- 2007*, Revista Portuguesa de Saúde Pública

- Lucas, Y. & Dubar, C. (éds) (1994). *Genèse et dynamique des groupes professionnels*. Lille: Presses Universitaires de Lille.
- Lucena, A. (2011). *Fisioterapia em Portugal. As representações sociais dos médicos*. Dissertação de Mestrado em saúde e Desenvolvimento - Saúde Internacional, Instituto de Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa
- Macdonald, K. (1995). *The Sociology of the Professions*. London, Sage
- Macdonald, K. & Ritzer, G. (1988). The sociology of the professions. *Work and Occupations*. 15(3): 251-272.
- Machado, M.H. (1995), Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico, In M.H. Machado (Org.), *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*, Fiocruz, Rio de Janeiro, pp 13-33.
- Maingueneau, D. (1997). *Os termos chave da análise do discurso*. Lisboa: Gradiva
- Mailliard, M. (2008). *Formalisation Multi-Agents de la Sociologie de l'Action Organisée*. Thèse de Doctorat de L'Université de Toulouse, France
- Mandarino, A.C. & Gomberg, E. (org.). (2009). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. Salvador, Bahia, Sergipe, Brasil: EDUFBA e editora UFS
- Marc, E., (2004). La construction identitaire de l'individu. in (org.) *Identité (s): L'individu, le groupe, la société*, Auyerre, Ed. Sciences Humaines, France
- Marques, A. P. (2006). *Entre o diploma e o emprego. A inserção profissional de jovens engenheiros*. Porto: Afrontamento
- Marques, A. P. & Caria, T. (org.). (2004). *Educação, trabalho e culturas profissionais. Contributos teórico-metodológicos. Atas dos Encontros em Sociologia III*. Braga: Universidade do Minho, CICS
- Marques, A.P., Gonçalves, C.G. & Veloso, L. (Coords.) (2013). *Trabalho, organizações e profissões: recomposições conceituais e desafios empíricos*. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia - Secção Temática Trabalho, Organizações e Profissões. Disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR45f990cfec68a_1.pdf
- Martinelli, A. (2006). Foreword. In D'Orazio, E. (Org.). *New Perspectives on the Stakeholder View of the Firm and Global Corporate Citizenship*. *Notizie di Politeia*, v. 22, n. 82, p. 5-6.
- Mathis, A. (1998). (2008). *A sociedade na teoria dos sistemas de Niklas Luhmann*. ANPOCS, Caxambu
- Matos, E., & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 15 (3), 508-14.

- Melo, P.I. (2014). *Atuação do fisioterapeuta dermatofuncional e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde da região de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa
- Merlinsky, G. (2006). La Entrevista como Forma de Conocimiento y como Texto Negociado, *Cinta Moebio*, 27: 27-33 www.moebio.uchile.cl/27/merlinsky
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Ed Manole Ltda
- Miguel, J. M. & Salcedo, J. (1987). *La profesión farmacéutica*. Madrid: CIS
- Miguel, J.P. & Costa, C. (1997). A Reforma da Saúde em Portugal: à Procura da eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 15, n.º 2, pp. 5-17.
- Miguélez, F. & Torns, T. (1998). Introducción al análisis del trabajo y de la vida cotidiana. *Papers: Revista de Sociologia*, 55:9-25. Disponível em <https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n55/02102862n55p9.pdf>
- Millán, M et al (1996). *Psicología de la familia. Un Enfoque Evolutivo y Sistémico*. Promolibro, Volumen 1, Valencia
- Mills, C.W. (1970). *The Sociological Imagination*, Harmondsworth: Penguin
- Morais, P. (2016). *A Autoridade de Segurança Alimentar e Económica e os seus Inspectores. Uma análise sociológica dos dilemas identitários do grupo profissional*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade de Évora.
- Moreira, A.S.P., Camargo, B.V., Jesuíno, J.C. & Nóbrega, S.M. (2005). *Perspetivas teórico-metodológicas em representações sociais*. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba
- Moya, J. & Esteban, M. (1995). Epistemología y enfermería (II): paradigmas de la investigación enfermera. *Enfermería Clínica*, 5 (1), pp. 32-44.
- Mucchielli, R. (1991). *L'analyse de contenu des documents e des communications*. Paris: ESF editeur
- Munoz, J. J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: CIS
- Neves, J. (2001). Aptidões individuais e teorias motivacionais. in J.M. Ferreira, J. Neves & A. Caetano. *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Ed. McGraw-Hill. Portugal, pp.255-279.
- Neves, R.F. (2004). A Teoria dos Sistemas Sociais de Niklas Luhmann entrevista com Marcelo Neves. *Sociologia*, USP, S. Paulo. 11, pp. 121-133.

- Norris, M. & Allotey, P. (2008). Culture and physiotherapy. *Diversity in Health and Social Care*, 5, pp. 151-159.
- Nóvoa, A. (1995). *Vidas de professores*. Porto: Porto Editora
- Oliveira, S. M. G. (2013). *A Casa na Mala do Carro: flexibilidade e mobilidade geográfica como condição de trabalho da equipa de divulgação do Dia da Defesa Nacional*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional, Instituto Superior Miguel Torga
- Olson, M. (1998). *A lógica da ação coletiva*. Oeiras: Celta
- Paradeise, C (1988). Les Professions comme marchés du travail fermés. *Sociologie et Sociétés: La Sociologie des Professions*, XX (2)
- Paradeise, C (2004). *Comprendre les professions : l'apport de la Sociologie, l'individu, le group et la société*. Science Humaines éditions (trad. Serbe 2005), rééd.2009
- Parsons, T. (2010). *Estrutura da Acção Social*. São Paulo: Editora Vozes
- Pavé, F. & Crozier, M. (1994). *L'analyse stratégique: sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels: autour de Michel Crozier*. Paris: Éditions du Seuil
- Pasquino, G. (2002). *Curso de Ciência Política*. Cascais: Principia
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2nd Ed.). Newbury Park. CA: Sage Publications. Inc.
- Peña, C de la. (2003) Dudley Allen Sargent: health machines and the energized male body. *Iron Game History*, 8(2), pp. 4-19.
- Perrow, C. B. (1991). *Sociologia de las Organizaciones*. Madrid: McGraw-Hill
- Pimentel, D., Completo, M.L & Coelho, V.S. (1991). A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho: o caso dos profissionais de Enfermagem. *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9, pp. 43-56.
- Pinto, C., (1988). Empowerment, uma Prática de Serviço Social, in O. Barata, (coord.), *Política Social*, Lisboa: ISCSP
- Pinto, F.F. (2013). *Phisiodata: desenvolvimento da evidência científica da fisioterapia em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa
- Pinto, J.M. (1991a). Identidades Sociais, Relação com a Cultura, Estilos de Vida. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 32: 217-231.
- Pinto, J.M. (1991b). Considerações sobre a produção social de identidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 32: 217-231.

- Pinto, M.J.N. (2010). Que Expectativas para a Saúde e o Sistema de Saúde Português? In *Saúde & Sociedade*, nº 1, Março-Maio 2010, pp. 19-22.
- Piorier, J., Clapier-Valladon, S., & Raybaut, P. (1995). *Histórias de vida teoria e prática*. Oeiras: Celta
- Piovesan, A. & Temporini, E.R. (1995). Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 29 (4), 318-325.
- Pires, R.P. (2014). Modelo teórico de análise sociológica. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 74, pp. 31-50
- Piret, A., Nizet, J. & Bourgeois, E. (1996). *L'analyse structurale*. Paris: De Boeck Université
- Pisco, L. (2001). Perspetivas sobre a Qualidade na Saúde. *Revista IQS*, nº 5 pp 4-6
- Popper, K. (2007). *A lógica da pesquisa científica*. 13ª Ed. São Paulo: Editora Cultrix
- Ragin, C.C. (1994). *Constructing social research*. Thousand Oaks, California: Pine Forge Press
- Ragin, C.C. & Becker, H.S. (1992). *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press
- Rebelo, P.J. (2008). *Estudo exploratório sobre as atitudes dos profissionais de saúde face à eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas e sua relação com a auto eficácia percebida pelos fisioterapeutas. Contributo para o estudo das apresentações sociais da fisioterapia e dos fisioterapeutas*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta
- Reis, J. (1992). Autonomia Conceptual da pessoa nos processos de saúde e doença desafios epistemológicos e metodológicos para a psicologia da saúde e para os cuidados de saúde. *Psychologica*. Volume 8, pp. 137-169.
- Reis, J. (1998). *O Sorriso de Hipócrates*. Editora Veja
- Reis, C. & Lopes, A.C. (1990). *Dicionário de teoria da narrativa*. São Paulo: Editora Atica
- Ribeiro, J. (1994). Psicologia da Saúde. *Saúde e Doença*, pp. 55-72.
- Reynaud, J.-D. (1988). Les régulations dans les organisations: régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue Française de Sociologie*, 29, pp. 5-18.
- Reynaud, J.-D. (1994). L'actuer stratégique et la légitimité. in F. Pavé & M. Crozier (org.), *L'analyse stratégique : sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels : autour de Michel Crozier*, Paris: Éditions du Seuil, pp. 204-209.

- Reynaud, J.-D. (2004). *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*. Paris: Armand Colin
- Richardson, B. (1999). Professional Development: 1. Professional Socialization and Professionalization. *Physiotherapy*, 85(9), pp. 461-467.
- Riobom, V. (1962), Atitudes fisioterapêuticas ante a poliomielite. *O Médico*, 568, pp. 158-163.
- Robelet, M. (2002). *Les figures de la qualité des soins: rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*. Thèse de doctorat Sociologie. Université d'Aix-Marseille II
- Rodrigues, M.L. (2002 [1997]). *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta
- Rodrigues, M.L. (2012). *Profissões, Lições e Ensaios*. Coimbra: Almedina
- Rosa, M.J.V. & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: Os Números*. Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa: Relógio D'Água Editores
- Ross, J., & Omachonu, V., (1994). *Principles of Total Quality*, 3.^a Ed. CRC Press
- Rua, M.G. (1997). *Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos*. Manuscrito, elaborado para el Programa de Apoyo a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES
- Sainsaulieu, R. (1985 [1977]). *L'identité au travail*. Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2e éd.
- Salisbury, R. H. (1970). The Analysis of Public policy: A Search for Theories and Roles, in RANNEY, Austin (ed.). *Political Science and Public Policv*. Chicago: Markham
- Sainsaulieu, R. (1987). *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*. Paris: Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques & Dalloz
- Sainsaulieu, R. (1990). *L'Entreprise: une affaire de société*. Paris: Fondation Nationale des Sciences Politiques & Dalloz
- Sainsaulieu, R. (2001). *Sociologia da empresa: organização, cultura e desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget
- Santos, C. C. (2011). *Profissões e Identidades Profissionais*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- Saks, M. (1995). *Professions and the public interest*. Londres: Routledge
- Saks, M. (2012). Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise. *Professions & Professionalism*. 2(1), pp. 1-10.
<http://dx.doi.org/10.7577/pp.v2i1.151>. Disponível em
<https://journals.hioa.no/index.php/pp/article/view/151/344>

- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill
- Scurlock-Evans, L., Upton, P & Upton, D. (2014). Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*, 100 (3), pp. 208 - 219.
- Serra, H. (2006). Da tecnologia à tecnocracia. Estratégias de poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: o caso da transplantação hepática. in G. Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde - Estudos e perspectivas*. Coimbra. Pé de Página, pp. 77-106.
- Serra, H. (2008). *Médicos e Poder. Transplantação Hepática e Tecnocracias*. Coimbra: Almedina
- Sevalho, G (1993). Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro), vol.9 no.3.
- Silva, C. & Braga, D. (2015). Dilemas do diagnóstico organizacional: revisita à esfera das premissas da análise estratégica. in J. Fialho, C. Silva & J. Saragoça (coord.), *Diagnóstico Social - Teoria, Metodologia e Casos Práticos*. Lisboa: Edições Sílabo. pp. 61-100.
- Silva, C.A. (1999). Contributions a l'Analyse du Quotidien dans un Centre de Santé en Alentejo - Portugal. *Ethnologie Française*, XXXIX, 2: 273-283.
- Silva, C.A. (2000). Um olhar na esfera da participação direta. in *Homenagem ao Professor Augusto Silva*. Évora: Universidade de Évora, pp. 117-134.
- Silva, C.A. (2002). (Re)criar a ideia de habitus e campo social na encruzilhada das identidades profissionais na saúde. *Economia e Sociologia*, 74, 89-103.
- Silva, C.A. (2004a). *O labirinto da Enfermagem. Participação e profissionalismo*. Lisboa: Colibri
- Silva, C.A. (2004b). *Reencontro com o mundo organizacional*. Évora: Univ. Évora
- Silva, C.A & Fialho, J. (2006). Redes de Formação Profissional. Uma dinâmica de participação e cidadania. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*. Vol.11,#6, Diciembre 2006. Disponível em http://revista-redes.rediris.es/html-vol11/Vol11_6.htm
- Simões J., Barros P.P. & Machado S. (2011). Portugal: Health system review. *Health System Transit*. 2011,13: 1-156.
- Soares, P.A. (2010). *Instrumentos de apoio à gestão estratégica e ao desempenho organizacional dos fisioterapeutas em unidades privadas de fisioterapia*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Universidade de Évora e Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa,
Instituto Politécnico de Lisboa

- Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8 (16), pp. 20-45.
- Srour, R. H., (1998). *Poder, Cultura e Ética nas Organizações*. São Paulo: Editora Campus
- St. Claire, L., Watkins, J. & Billinghamurst, B. (1996). Differences in meaning of health: an exploratory study of general practitioners and their patients. *Family Practice*, 13, pp 511-516.
- Stake, R. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fund. Calouste Gulbenkian
- Stokes, E., McGowan, E. & Walsh, C. (2016). Physiotherapy managers' perceptions of their leadership effectiveness: a multi-frame analysis. *Physiotherapy*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2016.07.001>
- Strauss, A. (1978). *Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed
- Tavares, D. (2007). *Escola e Identidade Profissional. O caso dos técnicos de Cardiopneumologia*. Lisboa: Edições Colibri
- Tavares, D. (2016). *Introdução à Sociologia da Saúde*. Coimbra: Almedina
- Teixeira, D.F.P. (2012). *A influência dos estagiários profissionais e voluntários na inserção no mercado de trabalho dos fisioterapeutas*. Dissertação de mestrado em Economia e Política da Saúde. Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Ed. Paidós
- Tomás, M.T. (2011). *Influência de um programa de exercício físico na aptidão física pós-transplante hepático. O caso da polineuropatia amiloidótica familiar nas suas componentes composição corporal, capacidade funcional e função neuromuscular*. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Actividade Física e Saúde. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana

- Torstendahl, R. & Burrage, M. (1990). *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. London: Sage
- Touraine, A. (1992). *Critique de la modernité*. Paris: Fayard
- Trede, F.V. (2006). *A critical practice model for physiotherapy*. Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, University of Sydney, Australia
- Turner, J.H. (1991). *The Structure of Sociological Theory*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company 5ª Ed
- Valente, S. (2013). *Hábitos Privados Práticas Públicas - O lixo no quotidiano*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Especialidade: Sociologia Geral Universidade de Lisboa. Instituto de Ciências Sociais.
- Vaz, I. (2014). *Financiar a Saúde: uma estratégia para os desafios do século XXI - Um modelo alternativo para o SNS*. in XXI - Ter Opinião 2014 - Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Vieira, C.M. (2012). *Fisioterapia em cuidados paliativos. Ação e comunicação no acompanhamento dos doentes*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa
- Vogli R. De. (2013). Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *Lancet*, 382- 391.
- Vuori, H. (1999). Development of quality assurance in health care. In 43º Congresso da EQQ. Madrid: EQQ
- Walkeden, S. & Walker, K.M. (2015). Perceptions of physiotherapists about their role in health promotion at an acute hospital: a qualitative study. *Physiotherapy Journal*, 101(2), pp. 226-231.
- Weber, M. (1993). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Social
- Wiles, R., Ashburn, A., Payne, S. & Murphy, C. (2004). Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. *Social Science & Medicine*, 59(6), pp. 1263-1273.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.022>
- Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
- Yin, R. (1993). *Applications of case study research*. London: Sage Pub.
- Zanatta, M. S. (2011). Nas teias da identidade: contribuições para a discussão do conceito de identidade na teoria sociológica. *Perspetiva, Erechim*. 35(132): 41-54. Disponível em
http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspetiva/132_232.pdf

Documentos de Orientação Profissional

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). (2002). *Fisioterapia - Padrões de Prática*. 1ª Edição.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). (2003). *Fisioterapia - Padrões de Prática*. 2ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2003). *Normas de Boas Práticas para a prestação de Serviços de Fisioterapia*. 1ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2005). *Fisioterapia - Padrões de Prática*. 3ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2005). *Instrumentos de Auditoria aos Padrões de Prática*. 1ª Edição.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2008). *Normas de Boas Práticas para as Unidades de Fisioterapia*. 3ª Edição

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) (2016). *Qualidade em Fisioterapia*. 2015. Acedido em 06-02-2016. Disponível em <http://www.apfisio.pt>

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 1986

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978

World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (2016). Acedido em 12-03-2016. Disponível em: <http://www.wcpt.org/>

Legislação Consultada

Decreto do Governo n.º 293, *Diário do Governo* N.º 293, de 27 de Dezembro de 1901, p. 3652. Imprensa Nacional-Casa da Moeda

Portaria n.º 19397, de 20 de Setembro, *Diário do Governo* n.º 217/1962, *Série I de 1962-09-20*, p.1261-1264. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência - Direcção-Geral dos Hospitais.

Portaria n.º 22034, *Diário da República* N.º 131, *1ª Série, de 4 de Junho de 1966*, p.1063-1064. Lisboa: Ministério da Saúde e Assistência - Gabinete do Ministro

Decreto Regulamentar n.º 87/77, *Diário da República* N.º 301, *1º Suplemento, Série I - Suplemento, de 30 de Dezembro de 1977*, p. 3122- (1-2). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e dos Assuntos Sociais

Decreto-Lei n.º 513-T/79, *Diário da República* N.º. 296, *1ª SÉRIE 3º Suplemento, de 26 de Dezembro de 1979*, p. 3350- (60) a 3350- (64). Imprensa Nacional-Casa da Moeda

Portaria n.º 709/80, *Diário da República* N.º. 220, *1ª SÉRIE - de 23 de Setembro de 1980*, p. 2881 a 2885. Imprensa Nacional-Casa da Moeda

Decreto-Lei n.º 371/82, *Diário da República* N.º 210, *1ª Série, de 10 de Setembro de 1982*, p. 2719-2721. Imprensa Nacional-Casa da Moeda

Decreto-Lei n.º 384 - B, *Diário da República* N.º 225, *1ª Série - 2º Suplemento, de 30 de Setembro de 1985*, p. 3240- (5-9). Imprensa Nacional-Casa da Moeda

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto; *Diário da República* n.º 195/1990, *Série I*. Lisboa: Assembleia da República.

Lei n.º. 54/90, de 5 de Setembro, *Diário da República* n.º 205/1990, *Série I de 1990-09-05*, p. 3580-3589. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei n.º 415/93, *Diário da República* N.º 298, *1ª Série - A, de 23 de Dezembro de 1993*, p. 7136-7137. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º28//97, *Diário da República* n.º 239/1997, *Série I-A de 1997-10-15*, p.5520-5521. Lisboa: Ministério da Educação.

Portaria n.º 505-D/99, *Diário da República* n.º 163/1999, *2º Suplemento, Série I-B de 1999-07-15*, p. 4426- (19) - 4426- (20). Lisboa: Ministérios da Educação e da Saúde.

Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto, *Diário da República* n.º 186/1999, *Série I-A de 1999*. P. 5248-5251. Lisboa: Ministérios da Saúde.

Decreto-Lei nº 501/99, de 18 de Novembro, *Diário da República n.º 270/1999, Série I-A de 1999-11-19*, p. 8229-8233. Lisboa: Ministérios da Saúde.

Decreto-Lei nº. 564/99, *Diário da República N.º 295, Iª Série - A, de 21 de Dezembro 1999*, p. 9083-9100. Lisboa: Ministérios da Saúde.

Portaria nº. 3/2000, de 4 de Janeiro, *Diário da República n.º 2/2000, Série I-B de 2000-01-04*, p. 14-16. Lisboa: Ministérios da Educação e da Saúde.

Deliberação n.º 967/2010, *Diário da República, 2.ª série — N.º 106 — 1 de Junho de 2010*, p. 30278. Lisboa: Conselho Superior de Estatística.

APÊNDICES

APÊNDICE I

REVISÃO - TESES MESTRADO E DOUTORAMENTO - ELABORADAS POR FISIOTERAPEUTAS

TIPO DE TESE/DATA	RESUMO
DOUTORAMENTO Autogestão na reabilitação de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica: o papel da telemonitorização e atividade física (Cruz, J., 2016)	A auto-gestão tem sido reconhecida como parte fundamental da gestão da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). No entanto, a evidência deste tipo de intervenções é ainda limitada. Esta Tese tem como objetivo compreender se as intervenções de auto-gestão podem ajudar os pacientes com DPOC a gerir melhor a sua doença e se têm um impacto significativo na sua saúde. Especificamente, esta Tese pretendeu: (i) aprofundar o papel da telemonitorização no domicílio para reduzir a frequência de exacerbações e a utilização de cuidados de saúde por parte dos pacientes com DPOC, bem como melhorar os resultados relacionados com a saúde; e (ii) investigar o impacto de uma intervenção comportamental para a promoção da atividade física (AF) em pacientes com DPOC (Walk2Bactive) durante e após um programa de reabilitação respiratória (RR). Foram realizados cinco estudos. Duas revisões sistemáticas (Capítulo 3) responderam ao primeiro objetivo desta Tese, sistematizando o conhecimento acerca da telemonitorização no domicílio no que diz respeito à sua eficácia, metodologias, adesão e satisfação de pacientes com DPOC. Os resultados revelaram que ainda não existe uma indicação clara de que a telemonitorização no domicílio produz melhorias nos resultados de saúde e na redução da utilização de cuidados de saúde em pacientes com DPOC. O número reduzido de participantes e a tecnologia utilizada em alguns estudos pode ter influenciado estes resultados. Assim, existe a necessidade de mais investigação nesta área antes de a telemonitorização poder ser incorporada na prática clínica. O segundo objetivo desta Tese foi alcançado através de três estudos originais. O primeiro estudo (Capítulo 4) avaliou a precisão dos monitores de AF (pedómetro Yamax PW/EX-510, acelerómetro GT3X+) utilizados no estudo piloto (Capítulo 5) e estudo principal (Capítulo 6). Os resultados principais sugerem que a intervenção comportamental para a promoção da AF pode ajudar os pacientes com DPOC a alcançar um estilo de vida mais ativo. No entanto, não produz melhorias nos resultados relacionados com a saúde. É necessário realizar investigação mais robusta nesta área para corroborar estes resultados e avaliar os efeitos da intervenção a curto e longo prazo. Em suma, o papel da auto-gestão na DPOC através da telemonitorização no domicílio e de uma intervenção comportamental para a promoção da AF ainda não é totalmente compreendido. Esta Tese contribuiu para avançar o conhecimento nesta área e apresenta recomendações importantes para pesquisas futuras.
DOUTORAMENTO Modalidades fisioterapêuticas pós-AVC: estudo comparativo das intervenções da fisioterapia relativamente a vários parâmetros evidenciados em indivíduos com AVC (Fernandes, F., 2011)	As doenças cerebrovasculares, nomeadamente os acidentes vasculares cerebrais (AVC), encontram-se entre as principais causas de morbilidade e invalidez nos países da União Europeia, estando na origem de quadros clínicos que implicam limitações consideráveis na capacidade funcional dos indivíduos. As alterações no controlo postural constituem das consequências mais frequentes e devastadoras de um AVC, uma vez que interferem com a funcionalidade e autonomia, repercutindo-se em diversas dimensões da vida das pessoas e contribuindo de forma significativa para a diminuição da sua qualidade de vida. A fisioterapia neurológica desempenha um papel central na recuperação do movimento e da postura nestas situações, no entanto, existe a necessidade de investigar qual a eficácia das técnicas utilizadas pelos fisioterapeutas para resolver estas alterações.
DOUTORAMENTO Influência de um programa de exercício na aptidão física pós-transplante hepático: o caso da polineuropatia amiloidótica familiar nas suas	Portugal é o país que mais transplantes hepáticos efetuou a nível mundial e o segundo com maior número de doadores por milhão de habitantes, com a região centro do país a liderar a doação de órgãos. Esta liderança na área da transplantação hepática contribui também para as elevadas taxas de sobrevivência destes doentes, suportada pela excelência técnica de uma equipa multidisciplinar diferenciada, complementada por recentes avanços terapêuticos. Portugal é, também a nível mundial, o país com maior número de casos de polineuropatia amiloidótica familiar (PAF), variante TTRmet30 (proteína transtirretina mutada) tipo português, diagnosticados, sendo em algumas regiões considerada como uma doença endémica. Apesar de novas terapêuticas em estudo (exemplo: Tafamidis), até à data o transplante

<p>componentes composição corporal, capacidade funcional e função neuromuscular (Tomás, M., 2011)</p>	<p>hepático parece ser a única terapêutica com eficácia ao retardar ou mesmo na estabilização da evolução desta doença hereditária e degenerativa, progressiva e fatal no prazo de 10-15 anos após o início da sintomatologia.</p>
<p>DOUTORAMENTO</p> <p>Variáveis psicológicas e percepção do estado de saúde em indivíduos submetidos a ressincronização cardíaca (Leal, E., 2011)</p>	<p>A insuficiência cardíaca afeta cerca de 261 mil pessoas em Portugal constituindo um problema de saúde pública. Pretendemos avaliar aspetos associados à recuperação do estado de saúde nesta síndrome, em particular a esperança, o afeto e a felicidade. Recorremos a um estudo longitudinal com 128 indivíduos sintomáticos com má fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Utilizámos um questionário para caracterizar os aspetos sociodemográficos, clínicos e funcionais, o Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) para avaliar a qualidade de vida, a Subjective Happiness Scale (SHS) para a felicidade, a HOPE Scale (HOPE) para a esperança e a Positive And Negative Affect Schedule (PANAS) para o afeto. Os questionários de caracterização sociodemográfica, clínica e funcional, KCCQ e o SHS foram aplicados em três momentos: no internamento, prévio à instituição de terapêutica médica na sua totalidade e ao terceiro e sexto mês após a intervenção médica, na consulta externa. A maioria dos participantes eram homens em classe III da classificação da New York Heart Association com etiologia isquémica. No internamento e antes da terapêutica médica, observámos que a esperança, a felicidade e o afeto se relacionaram com a qualidade de vida, a felicidade e o afeto positivo com a esperança. No período avaliado foram submetidos a: terapia de ressincronização cardíaca (n=52), cardioversor-desfibrilhador implantável (n=44), cirurgia valvular com revascularização do miocárdio (n=14), otimização terapêutica farmacológica (n=10), transplante cardíaco (n=8). Foram significativos os resultados da qualidade de vida, da classificação da New York Heart Association, do exercício físico, da fração de ejeção do ventrículo esquerdo e das arritmias cardíacas (extrassístoles e taquicardias ventriculares). A felicidade foi preditora da qualidade de vida e da funcionalidade. O afeto negativo foi preditor da satisfação com a insuficiência cardíaca. Concluímos da importância das variáveis positivas a par dos procedimentos médicos no tratamento das pessoas com insuficiência cardíaca.</p>
<p>MESTRADO</p> <p>Percepção dos profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo-Angola sobre a fisioterapia: projeto de implementação de um serviço de fisioterapia (Kapandanda, A., 2015)</p>	<p>A importância da fisioterapia em Angola remonta à década 60 quando teve início os primeiros serviços de fisioterapia. Porém, desde essa altura até à atualidade, existiram grandes alterações no sistema político e social, que influenciaram o percurso desta profissão e a integração desta no sistema de saúde angolano. A fisioterapia atualmente é uma profissão em franca expansão, que conta com vários técnicos superiores no seu exercício e uma intervenção cada vez mais determinante. O objetivo deste estudo é identificar a importância que os profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo atribuem à fisioterapia e a abertura de um serviço de fisioterapia no contexto hospitalar. Método: foi utilizado o tipo de estudo exploratório, descritivo com recurso a pesquisa quantitativa. A amostra é composta por 46 profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo, de diversas áreas, escolhidos aleatoriamente num universo de 206 profissionais. O instrumento utilizado foi um questionário desenvolvido a partir dos dois questionários já utilizados em duas teses de mestrado em fisioterapia, realizadas sobre temáticas semelhantes. Procedeu-se à autorização nas comissões de ética e direção hospitalar, fez-se reuniões com os profissionais com o objetivo de divulgar o estudo e sensibilizar para a participação no mesmo. Distribuiu-se de seguida o consentimento informado e os questionários. Resultados: Demonstraram que existe uma percepção positiva sobre a importância da fisioterapia na qualidade dos serviços hospitalares. Relativamente ao curso de fisioterapia realizado em Angola, bem como, à qualidade de trabalho dos fisioterapeutas os resultados obtidos foram positivos. Estes profissionais de saúde salientam que a intervenção do fisioterapeuta é muito importante especialmente nos serviços de: Neurologia, Ortopedia e Cuidados Intensivos. Discussão: Neste estudo podemos concluir que os profissionais de saúde do Hospital Municipal do Huambo consideram, a fisioterapia e consequentemente a abertura de um serviço de fisioterapia neste hospital um fator importante para os cuidados de saúde correspondendo às necessidades da população.</p>

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspetivas

<p align="center">MESTRADO</p> <p>Atuação do fisioterapeuta Dermatofuncional e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde da região de Lisboa (Melo, P., 2014)</p>	<p>Esta pesquisa avalia o grau de conhecimento dos profissionais de saúde, nomeadamente Médicos-cirurgiões Plásticos Reconstructivos, Médicos Dermatologistas, Nutricionistas e Dietistas da cidade de Lisboa, no ano 2014, em relação a atuação do Fisioterapeuta Dermatofuncional na reabilitação das disfunções tegumentares estético-funcionais e pré e pós cirúrgicos de cirurgia plástica e reconstrutiva. A amostra foi composta por 16 especialistas de diversos Hospitais e Clínicas da região de Lisboa que responderam a um questionário com 14 perguntas objetivas. Desta forma o estudo desenvolvido é quantitativo, transversal, exploratório, de desenho não experimental que utilizou uma componente essencialmente descritiva, baseada na entrega e preenchimento de um questionário (survey) que foi previamente validado pelo investigador. Devido a pouca adesão ao estudo por parte dos profissionais, o alcance do mesmo foi prejudicado, não permitindo extrapolar resultados estatisticamente significativos para a população. Considera-se o presente trabalho uma forte fonte respeitável de base de dados para futuras pesquisas sobre a implantação e crescimento da Fisioterapia Dermatofuncional em Portugal.</p>
<p align="center">MESTRADO</p> <p>Phisiodata: desenvolvimento da evidência científica da fisioterapia em Portugal (Pinto, F., 2013)</p>	<p>Para a World Confederation for Physical Therapy (WCPT) a Prática Baseada na Evidência (PBE) trata-se de uma tomada de decisão complexa e consciente baseada na evidência disponível, mas também nas características, na situação e preferências do utente. Assim, o ensino da PBE deve ser iniciado o mais cedo possível e aplicado ao longo de todo o período de licenciatura e na formação pós-graduada, capacitando os futuros profissionais de saúde com competências de aprendizagem para o resto da vida, necessárias para a tomada de decisão baseada em evidências. Este trabalho tem como objetivo fazer um levantamento dos trabalhos finais de Licenciatura, Mestrado e Doutoramento existentes e disponíveis nas bibliotecas das Instituições de Ensino, públicas e privadas, que lecionem licenciaturas e mestrados na área da Fisioterapia, assim como desenvolver uma base de dados digital onde estará disponível a documentação recolhida - Phisiodata (www.phisiodata.tk). Do processo de levantamento obteve-se um total de 810 trabalhos (633 trabalhos finais de Licenciatura, 165 Teses de Mestrado e 12 Teses de Doutoramento), que estão disponíveis na base de dados. Deste volume, a temática mais desenvolvida foi a Músculo-esquelética (31,7%), seguido dos Instrumentos de Medida (11,2%). Em contrapartida, o Exercício Físico (1,1%), a Prática baseada em Evidência (0,4%), a Fisioterapia Dermatofuncional (0,4%), a Reabilitação Animal (0,4%) e a Intervenção em Urologia (0,3%) foram as temáticas menos desenvolvidas. Este trabalho permitiu revelar a existência de um significativo corpo de evidência científica desenvolvido pelas Instituições de Ensino do país, no entanto existe ainda uma lacuna na divulgação do mesmo.</p>
<p align="center">MESTRADO</p> <p>Efetividade de cuidados de fisioterapia no estado de saúde de indivíduos com dor crónica (Antunes, M., 2013)</p>	<p>Introdução: A dor crónica de origem não maligna tem implicações substanciais tanto em termos individuais como sociais. O seu tratamento requer uma abordagem multidisciplinar, mas, como conduz frequentemente ao compromisso do movimento e da função, os fisioterapeutas desempenham um papel fundamental na assistência a pessoas com este problema. Objetivo: Avaliar a efetividade de cuidados de fisioterapia no estado de saúde e no impacto da dor em indivíduos com dor crónica de origem não maligna. Material e métodos: Efetuou-se um estudo de desenho longitudinal e preditivo em 75 indivíduos (63 mulheres/12 homens; $57,35 \pm 12,88$ anos) com dor crónica, utilizadores do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, avaliados no início e no fim do tratamento de fisioterapia. O protocolo de avaliação incluía as versões portuguesas do MOS SF-36 e PIQ-6. Resultados: Houve grande variabilidade dos tratamentos realizados. Observaram-se melhorias estatisticamente significativas entre o início e fim dos tratamentos, no impacto da dor lido pelo PIQ-6 ($p=0,00$) e em todas as dimensões do estado de saúde lidas pelo SF-36, exceto para a dimensão Função social ($p=0,08$). As variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento não são preditivas do estado de saúde ou do impacto da dor, já que, ou não explicam ou explicam muito pouco da variância obtida (entre 1,9% e 4,2%). Conclusões: A intervenção da fisioterapia parece ser efetiva na melhoria de condições clínicas de dor crónica. A implementação de Instrumentos de medição de resultados na rotina diária dos fisioterapeutas pode ser importante para a melhoria dos cuidados, e um incentivo para a adoção de comportamentos de práticas baseadas na evidência.</p>
<p align="center">MESTRADO</p>	<p>A Fisioterapia é a intervenção terapêutica mais referida no tratamento conservador do torcicolo muscular congénito, devendo a atuação do Fisioterapeuta reger-se pela implementação de elevados padrões de prática. Existem várias referências na literatura de como deve ser realizada a</p>

<p>Caracterização da prática do fisioterapeuta na sua intervenção em crianças até um ano de idade com torcicolo muscular congénito (Brandão, A.C., 2012)</p>	<p>avaliação, quais os instrumentos mais adequados para a sua realização e estratégias terapêuticas a utilizar na abordagem da fisioterapia no tratamento de crianças com torcicolo muscular congénito. Com a realização do presente estudo pretende-se caracterizar a prática clínica dos Fisioterapeutas, que desenvolvem a sua atividade profissional em Instituições Hospitalares de Portugal Continental, na sua intervenção junto da criança com torcicolo muscular congénito no primeiro ano de vida. Trata-se de um estudo transversal, descritivo onde se procura identificar alguns aspetos da prática do Fisioterapeuta ao nível da recolha de dados e ciclo de intervenção. Foi construído um questionário com base na revisão da literatura pesquisada e distribuído a 147 Fisioterapeutas que atualmente desenvolvem a sua atividade profissional em crianças com idade inferior a um ano, com torcicolo muscular congénito, há pelo menos 2 anos, dos quais obtivemos 69 respostas. A análise estatística foi conduzida por estatísticas descritivas. Os resultados obtidos parecem evidenciar que, duma maneira geral, a prática dos Fisioterapeutas parece aproximar-se da prática fundamentada pela literatura, existindo apenas incongruências ao nível dos instrumentos de recolha de dados, do pedido de consentimento informado e dos registos. Os fisioterapeutas estão despertos para o ensino aos pais/cuidadores tendo consciência que é fundamental a continuidade da intervenção no domicílio.</p>
<p>MESTRADO Fisioterapia em Portugal - As Representações Sociais dos médicos (Lucena, A., 2012)</p>	<p>Assumimos como principal objetivo deste estudo identificar e caracterizar as representações sociais dos médicos acerca da fisioterapia e dos fisioterapeutas. O enquadramento conceptual, epistémico e metodológico principal do estudo resultou da articulação entre a Teoria das Representações Sociais e a Análise do Discurso, valorizando os contributos da psicologia social e da sociologia, respetivamente, para o estudo dos grupos e dos processos de profissionalização. Os participantes deste estudo foram médicos das especialidades de Medicina Interna e de Medicina Geral e Familiar, num total de 10, repartidos igualmente pelo contexto hospitalar e do centro de saúde. Para a recolha dos elementos de análise, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através da análise de discurso. A análise dos discursos dos médicos de ambas especialidades, permitiu caracterizar as suas representações sociais acerca da fisioterapia e dos fisioterapeutas, as quais partilham a maioria dos conteúdos. Os fisioterapeutas são representados enquanto profissionais com alguma especificidade técnica, geradora de resultados observáveis e úteis, mas a sua atividade é considerada subsidiária dos especialistas de Medicina Física e Reabilitação. Esta representação articula dimensões aparentemente positivas - como a posse de diplomas superiores e a eficácia das intervenções - com a associação a um conjunto de áreas de intervenção que não cobrem a definição internacional da fisioterapia e as competências dos fisioterapeutas, salientando as fases da reabilitação e prevenção secundária, sobretudo nas patologias osteoarticulares, cardiorrespiratórias e neurológicas, sobretudo junto dos idosos. Relativamente à caracterização das práticas profissionais específicas, os médicos salientam a terapia manual e, como sinal de progresso, o uso de tecnologias, constituindo-se como um recurso válido, mas cuja recomendação ou prescrição é pensada como uma segunda escolha, depois ou antes de recorrer à farmacologia ou em substituição da cirurgia. Para construírem as suas representações, os médicos socorrem-se da comparação com o padrão da profissão médica e do que a torna dominante ao expressarem que a fisioterapia atual é científica, tecnicamente moderna e com validação académica. Uma das conclusões importantes deste estudo é a de que a disponibilidade de um relatório positivo para representar os fisioterapeutas não impede, forçosamente, que estes sejam pensados pelos médicos como um grupo dominado; pelo contrário, a segurança quanto à sua posição de grupo dominante pode dispensar o recurso a traços negativos como estratégia de defesa de um estatuto e de um território exclusivo, para o qual têm contribuído anos de história e a eficácia das medidas políticas das últimas décadas. Os resultados deste estudo poderão contribuir para uma compreensão aprofundada das representações sociais que os médicos possuem acerca da fisioterapia e dos fisioterapeutas em Portugal, e da sua potencial influência nos diferentes contextos de intervenção e nas actuais relações com os médicos.</p>
<p>MESTRADO Tradução e adaptação da PEDro Scale para a cultura</p>	<p>Introdução: A prática baseada na evidência tem-se tornado uma das preocupações centrais da investigação clínica em qualquer profissão de saúde que procure melhorar a sua credibilidade científica. Torna-se assim necessária a existência de um instrumento de medida que permita analisar e avaliar de forma crítica, objetiva e criteriosa o rigor metodológico e científico dos estudos publicados. A PEDro Scale, desenvolvida por Moseley et al tem como</p>

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas

<p>portuguesa: um instrumento de avaliação de ensaios clínicos em fisioterapia (Costa, C., 2011)</p>	<p>objetivo qualificar ensaios clínicos randomizados e ensaios clínicos controlados a partir de critérios objetivos e uniformes. O facto de não estar traduzida para a língua portuguesa constitui uma limitação para a utilização correta do instrumento por esta população. Objetivo: Traduzir e adaptar a PEDro Scale para a cultura portuguesa. Metodologia: Foi utilizado o método de tradução/retrotradução. A 1ª versão foi analisada por um painel de 6 peritos (4 ♀ e 2 ♂ - fisioterapeutas e docentes do ensino superior). A análise foi executada através do processo Delphi informatizado, para obter a equivalência linguística e cultural. Esta versão foi submetida a um pré-teste com uma amostra de 20 sujeitos (12 ♀ e 8 ♂ - fisioterapeutas), para preenchimento da escala e respetivo formulário de compreensão. Resultados e Discussão: No processo Delphi realizaram-se quatro rondas para poder obter a equivalência nas duas culturas. No pré-teste o nível de concordância foi 75 % e o resultado do formulário de compreensão foi igual a 4 numa escala de 0 a 5, para todos os itens. Estes resultados asseguram a boa tradução e adaptação para a cultura portuguesa. Conclusões: A PEDro Scale demonstrou ter equivalência linguística à Escala de PEDro nas duas culturas assim como validade de face para ser usado em Portugal. Necessita porém de futuros estudos para averiguar as restantes características psicométricas.</p>
<p>MESTRADO Contributos da gestão de qualidade nas práticas em fisioterapia: o caso particular das perceções dos fisioterapeutas que trabalham junto de crianças e jovens com bronquiolite viral aguda. (Ferreira, F., 2010)</p>	<p>Durante os últimos anos tem sido preocupação dos fisioterapeutas conduzir a investigação para melhorar a eficácia, eficiência e efetividade dos tratamentos que prestam e que conduzam aos melhores resultados possíveis, com base na melhor evidência científica disponível. Esta investigação tinha como objetivo principal perceber qual o contributo que a Gestão da Qualidade dá às práticas em fisioterapia, investigar quais as barreiras e obstáculos, que os fisioterapeutas percecionam na implementação da prática baseada na evidência na sua prática clínica e examinar as atitudes perante a investigação em fisioterapia. A amostra foi constituída por treze fisioterapeutas e a recolha dos dados feitos através de uma entrevista semiestruturada. Verificou-se que no geral, os fisioterapeutas, revelam atitudes e comportamentos positivos relativos à Prática Baseada na Evidência, tendo ainda dificuldade em usá-la a seu favor. Constatou-se que os principais obstáculos à implementação da Prática Baseada na Evidência são de ordem individual, institucional e organizacional. Sendo que o maior obstáculo se prende com a existência de recursos disponíveis para acesso à informação.</p>
<p>MESTRADO Instrumentos de apoio à gestão estratégica e ao desempenho organizacional dos fisioterapeutas em unidades privadas de fisioterapia. (Soares, P., 2010)</p>	<p>O sucesso de uma gestão baseada na estratégia reside, no aproveitamento racional e eficiente dos seus recursos humanos, financeiros e organizacionais, bem como na sua capacidade para concretizar objetivos e alcançar resultados. Esta dissertação foi elaborada baseando-se no pressuposto que, a seleção e a aplicação de um Instrumento de Apoio à Gestão em unidades privadas de fisioterapia (UPF's) permitirão induzir níveis acrescidos de melhoria do desempenho individual e/ou organizacional. Constituiu objetivo geral da mesma contribuir para a sensibilização e a difusão alargada das ferramentas de apoio à gestão que, aplicadas naquelas unidades, poderiam induzir níveis acrescidos de melhoria do desempenho. Definiram-se ainda três objetivos específicos consubstanciando preocupações relacionadas com a reprodução do conhecimento especializado em gestão, com a sua aplicação específica no terreno e com a subjacente criação de valor individual e organizacional. A metodologia utilizada foi a abordagem de Estudo de Caso, inspirada na técnica focus-group, aplicada a três UPF's, e os resultados obtidos através das análises efetuadas permitiram identificar a ausência da aplicação de instrumentos de apoio à gestão e de avaliação de desempenho, bem como níveis elevados de desempenho, satisfação e autonomia nos profissionais de fisioterapia, constituindo estes a base para justificar a necessidade urgente da elaboração de um plano de implementação de um sistema de avaliação de desempenho nas unidades estudadas.</p>
<p>MESTRADO Atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo- (Coutinho, M.I., 1998)</p>	<p>A finalidade deste trabalho é contribuir para a análise do desenvolvimento da identidade profissional dos fisioterapeutas, centrando-se no estudo das suas atitudes face ao exercício e ao ensino. A Fisioterapia no nosso país, tanto como área científica como profissão, está diretamente ligada aos contextos históricos, políticos e sociais, que influenciaram não só o exercício e o ensino mas também cada fisioterapeuta e a forma como ele perceciona a realidade. Este aspeto tem uma importância significativa nas atitudes que são exprimidas face aos objetos mencionados. A ausência de estudos realizados neste âmbito obrigou a uma pesquisa sobre os diplomas legais que têm regulamentado a evolução da Fisioterapia. Em termos internacionais caracterizou-se a Fisioterapia através da apresentação das organizações que atualmente representam a profissão e o ensino e dos estudos mais recentes por elas</p>

	<p>realizados com vista a apresentação de uma visão integrada da situação relativa à realidade portuguesa. Para fundamentar o estudo relativamente às atitudes realizamos uma pesquisa sobre o próprio conceito, tendo em conta a sua evolução, avaliação, formação, funções e processos de mudança de atitudes. O estudo sobre as atitudes dos fisioterapeutas face ao exercício e ao ensino desenvolveu-se em algumas instituições de saúde e de uma Escola Superior de Tecnologia de Saúde da área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo. A amostra foi constituída por 77 fisioterapeutas que exercem e/ou lecionam, que responderam a um questionário e a uma escala de atitudes, construída com base nos diplomas legais que regulamentam a Fisioterapia. Para organizar o estudo, foram formuladas três questões consideradas estruturantes e que serviram para orientar a pesquisa. O estudo permitiu concluir que as atitudes tanto dos fisioterapeutas do exercício como do ensino apresentam padrões de concordância, discordância e dispersão, face ao atual enquadramento legal do exercício e do ensino. Foi também concluído que existem diferenças nas atitudes dos fisioterapeutas que exercem exclusivamente nas instituições de saúde e nas atitudes dos fisioterapeutas que desenvolvem atividades docentes. O trabalho integra ainda recomendações com o objetivo de contribuir para a realização de futuros trabalhos de investigação nesta área.</p>
--	---

(fonte: RCAAP e RCIPL)

APÊNDICE II

Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora
Pólo de Évora do CICS.Nova - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais

GUIÃO DE ENTREVISTA (VERSÃO PRELIMINAR)

1. O que a/o levou a escolher a fisioterapia como profissão? Porque optou por desempenhar o seu papel nesta instituição?
2. Como caracteriza a “realidade” da fisioterapia quando terminou a sua formação base e como era falar na época de fisioterapia? Quais eram os profissionais formadores?
3. Como vê a relação entre o exercício profissional e a formação? Pensa que existe consonância com a ação?
4. Quais pensa serem os saberes e competências inerentes às boas práticas em fisioterapia e como caracterizaria um “bom” e um “mau” profissional.
5. Na sua opinião como é hoje socialmente percecionada a fisioterapia, e qual a consciência dos diferentes atores para o novo paradigma desta profissão?
6. Como vê o associativismo ao nível desta profissão? Considera-o essencial? Na sua opinião o existente é suficiente? Pensa ser importante modificar o sistema de regulação e/ou auto-regulação da profissão? Justifique.
7. Na sua opinião quais terão sido os atores chave no percurso da fisioterapia portuguesa? Considera-se um deles? (se sim, de que forma e senão porquê.)
8. Como vê hoje a formação base da fisioterapia? Acha-a diferente ao longo dos anos? Se sim o que se ganhou/perdeu com a diferença? E para si, tal representa um aumento ao nível dos saberes e competências, ou pelo contrário não?
9. Quais pensa serem atualmente, ao nível dos saberes e competências, as principais necessidades formativas dos fisioterapeutas?
10. Pensa que essas serão fundamentais para o desenvolvimento técnico e científico da profissão? Na sua opinião quais e como serão essas competências

adquiridas e (re) construídas? Poderão estas ser visíveis ou refletidas na prática profissional diária destes profissionais?

11. Como vê o percurso evolutivo da fisioterapia em Portugal, e que grandes marcos consegue assinalar? Considera-os determinantes e porquê?
12. Quais serão os atores chave, os objetivos formativos (iniciais e contínuos) e os profissionais necessários para garantir um desenvolvimento técnico e científico sustentável da profissão? Especifique.
13. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir num sentido de maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos, ou no maior afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas dos fisioterapeutas? Quais serão os elementos facilitadores e os constrangimentos presentes e futuros do desenvolvimento técnico e científico da profissão? Justifique.
14. Por fim, gostaria de deixar algumas sugestões para a melhoria das condições de desenvolvimento das práticas profissionais dos fisioterapeutas?

Muito Obrigado pela sua disponibilidade.

Perfil Sociológico

1. Idade: _____
2. Sexo: M ☐ F ☐
3. Em que ano terminou a sua formação de base? _____
4. Grau de Formação: _____
5. Em que instituição de Ensino realizou o curso de Fisioterapia? _____
6. Há quantos anos exerce a sua profissão? _____

APÊNDICE III

Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora

Pólo de Évora do CICS.Nova - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. O que o/a levou a escolher a fisioterapia como profissão? Porque optou por desempenhar o seu papel nesta instituição?
2. Em que ano se formou? Em que escola terminou a sua formação base?
3. Como caracteriza a “realidade” da fisioterapia quando terminou a sua formação base?
4. Como era falar de fisioterapia na época e quais os profissionais formadores?
5. Como vê a relação entre o exercício e a formação? Pensa que existe consonância com a ação?
6. Na atualidade, quais serão e são as principais finalidades das terapias e cuidados que os fisioterapeutas prestam aos utentes?
7. Quais são as atividades que mais valoriza na profissão (no seu trabalho)?
8. Quais as atividades que menos valoriza na profissão (no seu trabalho)?
9. Considera que algumas das atividades que realizam os fisioterapeutas que poderiam ser delegadas noutros profissionais? Justifique.
10. Quais pensa serem os saberes e competências inerentes às boas práticas em fisioterapia? Existe consonância de ação?
11. Como caracterizaria um “bom” profissional? E um “mau” profissional?
12. Na sua opinião como é hoje vista pela sociedade a fisioterapia?
13. Na sua opinião os diferentes atores estão “conscientes” do novo paradigma da fisioterapia? Acha essencial? Pensa que o que existe é suficiente?
14. Seria importante modificar o sistema de regulação e ou auto-regulação da profissão?
15. Como vê o associativismo ao nível desta profissão? Considera-o essencial e na sua opinião o existente é suficiente?
16. Pensa ser importante modificar o sistema de regulação e/ou auto-regulação da profissão? Justifique. Se sim de que forma? Se não, porquê?
17. Na sua opinião quem foram ou são os atores chave da história da fisioterapia portuguesa?

18. Na sua opinião quais terão sido os atores chave no percurso da fisioterapia portuguesa? Considera-se um deles? (se sim, de que forma e senão porquê.)
19. Acha-a diferente com o decorrer dos anos? Se sim o que se ganhou/perdeu com essa diferença? Tal representa aumento de saberes e competências? Ou pelo contrário não?
20. Como vê hoje a formação base da fisioterapia? Acha-a diferente ao longo dos anos? Se sim o que se ganhou/perdeu com a diferença? E tal representa para si um aumento ao nível dos saberes e competências, ou pelo contrário não?
21. Qual a importância dessas necessidades formativas com o desenvolvimento técnico, teórico-científica da profissão? Justifique.
22. Como pensa que as competências adquiridas e (re)construídas possam ser visíveis ou refletidas na prática profissional?
23. Quais pensa serem atualmente, ao nível dos saberes e competências, as principais necessidades formativas dos fisioterapeutas?
24. Que grandes marcos consegue assinalar? Acha-os determinantes? Porquê?
25. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir no sentido da maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos? Justifique.
26. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir no sentido do maior afastamento do campo médico e desenvolvimento da especialização das práticas dos fisioterapeutas? Justifique.
27. Pensa que essas serão fundamentais para o desenvolvimento técnico e científico da profissão?
28. E na sua opinião quais e como serão essas competências adquiridas e (re)construídas poderão ser visíveis ou refletidas na prática profissional diária destes profissionais?
29. Como vê o percurso evolutivo da fisioterapia em Portugal, e que grandes marcos consegue assinalar? Considera-os determinantes e porquê?
30. E, quais serão os atores chave e objetivos formativos (iniciais e contínuos) e profissionais necessários para garantir um desenvolvimento técnico e científico sustentável da profissão? Especifique.
31. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir num sentido de maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos, ou no maior

afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas dos fisioterapeutas?

32. Quais serão os elementos facilitadores e os constrangimentos presentes e futuros do desenvolvimento técnico e científico da profissão? Justifique.
33. Por fim, gostaria de deixar algumas sugestões para a melhoria das condições de desenvolvimento das práticas profissionais dos fisioterapeutas?
34. Perfil sociográfico: Sexo, Idade, Antiguidade na profissão, Instituição ou unidade onde desempenha a atividade profissional.

APÊNDICE IV



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Paula Alexandra Araújo Viegas Soares, doutoranda da 5ª edição do Programa de Doutoramento em Sociologia da Universidade de Évora (2013-2016), cujo projeto de tese, subordinado ao título *“Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspetivas”*, sob a orientação do Professor Doutor Carlos Alberto da Silva da Universidade de Évora, foi acolhido pelo *Pólo CICS.UÉ*, nos termos do protocolo de cooperação entre o *CICS.Nova - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais* (ex. CESNOVA-Centro de Estudos de Sociologia) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa e o Instituto de Investigação e Formação Avançada da Universidade de Évora, vem desta forma solicitar a sua colaboração no sentido de responder às perguntas da entrevista que se segue.

Agradeço antecipadamente a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2016

Cordialmente,

Paula Alexandra A. Viegas Soares

Telefone: 917 534 550

E-mail: viegassoares.paula@gmail.com

APÊNDICE V

Grelha de Análise das Entrevistas

DIMENSÕES ANALÍTICAS	
D1 - TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DOS FTS	D2 - INTERESSES E EXPECTATIVAS DE CONTROLO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL
a) Papel/Estatuto Social	c) Controlo social da profissão
<p>1.- O que o/a levou a escolher a fisioterapia como profissão?</p> <p>1.1.- Em que ano se formou?</p> <p>1.2.- Em que escola terminou a sua formação base?</p> <p>1.3. - Porque optou por desempenhar o seu papel nesta instituição?</p>	<p>5. Na sua opinião como é hoje socialmente percecionada a fisioterapia? E qual a consciência dos diferentes atores para o novo paradigma da fisioterapia enquanto profissão?</p> <p>5.1. Acha essencial?</p> <p>5.2. Pensa que o que existe é suficiente?</p> <p>5.3. Seria importante modificar o sistema de regulação e ou auto-regulação da profissão?</p>
	<p>6. Como vê o associativismo ao nível desta profissão? Considera-o essencial e na sua opinião o existente é suficiente?</p> <p>6.1. Pensa ser importante modificar o sistema de regulação e/ou auto-regulação da profissão? Justifique.</p> <p>6.2. Se sim de que forma?</p> <p>6.3. Se não, porquê?</p> <p>6.4 Na sua opinião quem foram ou são os atores chave da história da fisioterapia portuguesa?</p>
b) Práticas Profissionais/Ensino	d) Desenvolvimento profissional
<p>2.- Como caracteriza a “realidade” da fisioterapia quando terminou a sua formação base?</p> <p>2.1.- Como era falar de fisioterapia na época e quais os profissionais formadores?</p>	<p>7. Na sua opinião quais terão sido os atores chave no percurso da fisioterapia portuguesa? Considera-se um deles? (se sim, de que forma e senão porquê.)</p> <p>7.1. Acha-a diferente com o decorrer dos anos?</p> <p>7.2. Se sim o que se ganhou/perdeu com essa diferença?</p> <p>7.3. Tal representa aumento de saberes e competências? Ou pelo contrário não?</p>
<p>3. Como vê a relação entre o exercício e a formação? Pensa que existe consonância com a ação?</p> <p>3.1.- Na atualidade, quais serão e são as principais finalidades das terapias e cuidados que os fisioterapeutas prestam aos utentes?</p> <p>3.2.- Quais são as atividades que mais valoriza na profissão (no seu trabalho)?</p> <p>3.3.- Quais as atividades que menos valoriza na profissão (no seu trabalho)?</p>	<p>8. Como vê hoje a formação base da fisioterapia? Acha-a diferente ao longo dos anos?</p> <p>Se sim, o que se ganhou/perdeu com a diferença? E tal representa para si um aumento ao nível dos saberes e competências, ou pelo contrário não?</p> <p>8.1. Qual a importância dessas necessidades formativas com o desenvolvimento técnico, teórico-científica da profissão? Justifique.</p>

3.4. Considera que algumas das atividades que realizam os fisioterapeutas que poderiam ser delegadas noutros profissionais? Justifique.	8.2. Como pensa que as competências adquiridas e (re)construídas possam ser visíveis ou refletidas na prática profissional?
<p>4. Quais pensa serem os saberes e competências inerentes às boas práticas em fisioterapia?</p> <p>4.1. Existe consonância de ação?</p> <p>4.2. Como caracterizaria um “bom” profissional e um “mau” profissional?</p> <p>4.3. Na sua opinião como é hoje vista pela sociedade a fisioterapia?</p> <p>4.4. Na sua opinião os diferentes atores estão “conscientes” do novo paradigma da fisioterapia?</p>	

(continua)

Grelha de Análise das Entrevistas (2)

Dimensões analíticas	
	D2 - Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional
	e) Tendências de evolução da profissão
	9. Quais pensa serem atualmente, ao nível dos saberes e competências, as principais necessidades formativas dos fisioterapeutas? 9.1. Que grandes marcos consegue assinalar? 9.2. Acha-os determinantes? Porquê? 9.4 Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir no sentido da maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos? Justifique. 9.5. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir no sentido do maior afastamento do campo médico e desenvolvimento da especialização das práticas dos fisioterapeutas? Justifique.
	10. Pensa que essas serão fundamentais para o desenvolvimento técnico e científico da profissão? E na sua opinião quais e como serão essas competências adquiridas e (re)construídas poderão ser visíveis ou refletidas na prática profissional diária destes profissionais?
	11. Como vê o percurso evolutivo da fisioterapia em Portugal, e que grandes marcos consegue assinalar? Considera-os determinantes e porquê?
	12. E, quais serão os atores chave e objetivos formativos (iniciais e contínuos) e profissionais necessários para garantir um desenvolvimento técnico e científico sustentável da profissão? Especifique.
	13. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir num sentido de maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos, ou no maior afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas dos fisioterapeutas? Quais serão os elementos facilitadores e os constrangimentos presentes e futuros do desenvolvimento técnico e científico da profissão? Justifique.
	14. Por fim, gostaria de deixar algumas sugestões para a melhoria das condições de desenvolvimento das práticas profissionais dos fisioterapeutas?
Caraterização do entrevistado	
Sexo.	

Idade. Antiguidade na profissão. Antiguidade na instituição ou unidade onde desempenha a atividade profissional

Grelha de Análise das Entrevistas: Palavras e ou expressões de sentido	
a) Papel/Estatuto Social	Razões de escolha da profissão:
1.- O que o/a levou a escolher a fisioterapia como profissão? Porque optou por desempenhar o seu papel nesta instituição?	<ul style="list-style-type: none"> • Relação com doentes com patologia especial • Neurológicos • Razões familiares e amigos • Familiares na área da saúde • Por orientação vocacional • Gosto pela terapia manual • Dinamismo • Boa taxa de empregabilidade • Fonte do acaso, calhou... • Gosto pelo ensino • Convicção • Culto pelo associativismo, trabalho para a comunidade, gosto por ver a profissão crescer • Fisioterapia, Profissão, Ensino
1.1.- Em que ano se formou?	
1.2.- Em que escola terminou a sua formação base?	
1.3.- Porque optou por desempenhar o seu papel nesta instituição?	
b) Práticas Profissionais/Ensino	
2.- Como caracteriza a “realidade” da fisioterapia quando terminou a sua formação base? Como era falar de fisioterapia na época e quais os profissionais formadores?	<ul style="list-style-type: none"> • Profissão: ontem e hoje • Profissão pouco divulgada • Poucos profissionais • Parente pobre da saúde • Pouca informação do que se faz, como se faz e porque se faz • Profissão bem aceite pela população • Profissão desconhecida (1983) eram massagistas • Realidade muito desconhecida em 1968, desconhecimento total do que era fisioterapia e do que fazia o Ft. • Fisioterapeutas e médicos • Médicos, enfermeiros
2.1.- Como caracteriza a “realidade” da fisioterapia quando terminou a sua formação base?	
2.2.- Como era falar de fisioterapia na época e quais os profissionais formadores?	
3. Como vê a relação entre o exercício e a formação? Pensa que existe consonância com a ação?	Ensino/formação e a prática
3.1.- Na atualidade, quais serão e são as principais finalidades das terapias e cuidados que os fisioterapeutas prestam aos utentes?	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe consonância • Grande desenvolvimento científico • Novas áreas de intervenção • Maior visibilidade social • Formação virada para a prática • Alguma consonância • De forma positiva • Conhecimentos adequados e atualizados • Ensino e formação estão de costas voltadas • Escolas no ensino Superior - preocupação com a formação, esquecendo o exercício
3.2.- Quais são as atividades que mais valoriza na profissão (no seu trabalho)?	
3.3.- Quais as atividades que menos valoriza na profissão (no seu trabalho)?	

3.4. Considera que algumas das atividades que realizam os fisioterapeutas que poderiam ser delegadas noutros profissionais? Justifique.	<ul style="list-style-type: none"> • O exercício não acompanha o enorme desenvolvimento da educação, esta cresceu mesmo demais... • Profissionais muito bem formados que desenvolvem atividade de técnicos
Grelha de Análise das Entrevistas: Palavras e ou expressões de sentido (cont.)	
4. Quais pensa serem os saberes e competências inerentes às boas práticas em fisioterapia e como caracterizaria um “bom” profissional e um “mau” profissional.	Saberes e competências
4.1. Existe consonância de ação? 4.2. Quais pensa serem os saberes e competências inerentes às práticas em fisioterapia? 4.3. Como caracteriza um “bom” fisioterapeuta? 4.4. Como caracteriza um “mau” fisioterapeuta? 4.5. Na sua opinião como é hoje vista pela sociedade a fisioterapia? 4.6. Na sua opinião os diferente atores estão “conscientes” do novo paradigma da fisioterapia?	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas baseadas na evidência • Esforço para avaliar situações pelo caráter pessoal • Evidência clínica atual • Preparação teórica bem consolidada • Trabalhar de acordo com o que está descrito internacionalmente e o que são as competências dos fts
D2 - Interesses e expectativas de controlo e desenvolvimento profissional	
c) Controlo Social da profissão	Regulação e controlo da profissão
5. Na sua opinião como é hoje socialmente percecionada a fisioterapia e qual a consciência dos diferentes atores para o novo paradigma da fisioterapia enquanto profissão?	<ul style="list-style-type: none"> • Lugar importante no contexto social • Falta de reestruturação profissional • Falta de definições da intervenção • Falta de representação nos órgãos de gestão das organizações • Profissão sem consciência da sociedade • Percecionada como tratamento válido • Profissão socialmente reconhecida • Fisioterapeuta profissionais respeitados
5.1. Acha essencial? 5.2. Pensa que o que existe é suficiente? 5.3. Seria importante modificar o sistema de regulação e ou auto-regulação da profissão?	<ul style="list-style-type: none"> • Importante

<p>6. Como vê o associativismo ao nível desta profissão? Considera-o essencial e na sua opinião o existente é suficiente? Pensa ser importante modificar o sistema de regulação e/ou auto-regulação da profissão? Justifique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modificação da regulação • Não é suficiente, devia ser mais forte tipo ordem - promoção da regulação • Impulsionador da evolução da profissão • Insuficiente • Importante - Ordem • Sistema de regulação desfasado da realidade
<p>6.1. Se sim de que forma? 6.2. Senão, porquê? 6.3 Na sua opinião quem foram ou são os atores chave da história da fisioterapia portuguesa?</p>	
<p align="center">Grelha de Análise das Entrevistas: Palavras e ou expressões de sentido (cont.)</p>	
<p>d) Desenvolvimento profissional</p>	<p>Atores-chave e desenvolvimento profissional</p>
<p>7. Na sua opinião quais terão sido os atores chave no percurso da fisioterapia portuguesa? Considera-se um deles? (se sim, de que forma e senão porquê.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não partilho opinião de ator-chave mas de modelos organizacionais • Os fisioterapeutas em geral • Primeiros cursos
<p>7.1. Acha-a diferente com o decorrer dos anos? 7.2. Se sim o que se ganhou/perdeu com essa diferença? 7.3. Tal representa aumento de saberes e competências? Ou pelo contrário não.</p>	
<p>8. Como vê hoje a formação base da fisioterapia? Acha-a diferente ao longo dos anos? Se sim o que se ganhou/perdeu com a diferença? E tal representa para si um aumento ao nível dos saberes e competências, ou pelo contrário não?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Balizar conhecimentos • Facilitar mecanismos de conhecimento • Pouco focada nos aspetos práticos • Estágios muito no fim • Não havendo integração gradual na prática
<p>8.1. Qual a importância dessas necessidades formativas com o desenvolvimento técnico, teórico-científica da profissão? Justifique. 8.2. Como pensa que as competências adquiridas e (re)construídas possam ser visíveis ou refletidas na prática profissional?</p>	
<p>e) Tendências de evolução da profissão</p>	<p>Expectativas e Tendências</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saberes e competências definidos pela WCPT

<p>9. Quais pensa serem atualmente, ao nível dos saberes e competências, as principais necessidades formativas dos fisioterapeutas?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imagiologia e farmacologia • Estar preparado para intervir com base na evidência • Preservar a segurança do cliente • Necessidade de desenvolvimento profissional • Proatividade, dinamismo e empreendedorismo
<p>9.1. Que grandes marcos consegue assinalar?</p> <p>9.2. Acha-os determinantes? Porquê?</p> <p>9.4. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir no sentido da maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos? Justifique.</p> <p>9.5. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir no sentido do maior afastamento do campo médico e desenvolvimento da especialização das práticas dos fisioterapeutas? Justifique.</p>	
<p>10. Pensa que essas serão fundamentais para o desenvolvimento técnico e científico da profissão? E na sua opinião quais e como serão essas competências adquiridas e (re)construídas poderão ser visíveis ou refletidas na prática profissional diária destes profissionais?</p>	
<p>11. Como vê o percurso evolutivo da fisioterapia em Portugal, e que grandes marcos consegue assinalar? Considera-os determinantes e porquê?</p>	
<p>12. E, quais serão os atores chave e objetivos formativos (iniciais e contínuos) e profissionais necessários para garantir um desenvolvimento técnico e científico sustentável da profissão? Especifique.</p>	<p>Eixos estruturantes para o desenvolvimento profissional</p>
<p>13. Pensa que o futuro da fisioterapia tende a evoluir num sentido de maior especialização no domínio das técnicas e procedimentos médicos, ou no maior afastamento do campo médico e aumento da especialização das práticas dos fisioterapeutas? Quais serão os elementos facilitadores e os constrangimentos presentes e futuros do</p>	

desenvolvimento técnico e científico da profissão? Justifique.	
14. Por fim, gostaria de deixar algumas sugestões para a melhoria das condições de desenvolvimento das práticas profissionais dos fisioterapeutas?	<p>Propostas de melhoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formação com mais horas atribuídas à imagiologia, farmacologia e prática • Aumento da especialização das práticas • Ordem • Maior autonomia e empregabilidade • Variedade na formação pós graduada
D3. Dados biográficos	
f)Perfil Sociológico	
Sexo, Idade, Antiguidade na profissão e Instituição ou unidade onde desempenha a atividade profissional	

APÊNDICE VI

Síntese das Ideias-Chave das subcategorias

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas		
Identidade profissional do Fisioterapeuta- Papel/Estatuto Social (P1 e outras)	Comportamento Profissional do Fisioterapeuta - Práticas Profissionais/Ensino (P2, P3, P4)	Constrangimentos e Desenvolvimento Profissional - Controlo Social, Tendências de evolução (D5 a P14)
<ul style="list-style-type: none"> • Refletida através de uma cultura da Fisioterapia; • Caracterizada pela lógica do dinamismo e de serviço ao próximo; “poder ajudar os outros a terem uma vida melhor” • Caracterizada pela incerteza do desconhecido” profissão pouco divulgada, parente pobre da saúde, praticamente desconhecida”; • Identificada marcada pelo desenvolvimento do ponto de vista científico; • Caracterizada pela crescente “visualização” em contexto social; • Marcada ainda pela falta de autonomia Profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Em termos pessoais, ter boa imagem de si próprios; • No plano profissional, desenvolvimento científico, boas práticas, aumento da responsabilidade, qualidade, polivalência; • Competências éticas, deontológicas, e principalmente o respeito pelo doente; • Competências relacionais (diálogo, segurança, imparcialidade, sem estabelecer diferenças raciais, que faça pontes, que seja sensível, que <i>desça do pedestal</i>, que circule e escute os clientes, motivador, que provoque interesse, que considere a felicidade e o bem-estar de todos os que o envolvem). 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigências impostas por si próprios; • Falta de reestruturação; • Falta de autonomia; • Falta de definições de intervenção; • <i>Deficit</i> de competências; • Falta de reconhecimento pelos pares; • Falta de regulação/auto-regulação; • Falta de integração entre o ensino e a prática, “<i>desfasamento da realidade</i>”; • Falta de formação ao nível da prática e articulação com a formação académica; • Saberes e competências reguladas pela WCPT; • Grande evolução da fisioterapia em Portugal; • Falta de rigor, e de estudos científicos; • Falta de limiares inter profissionais bem delineados; • Maior quantidade de formação e criação da ordem dos fisioterapeutas.

APÊNDICE VII

Dados obtidos do IRAMUTEQ para as diferentes dimensões e sub-dimensões

D1 - Trajetória Profissional dos Fisioterapeutas

Classes e planos fatoriais

Nº de textos iniciais (UCI - unidade de contexto inicial): 36

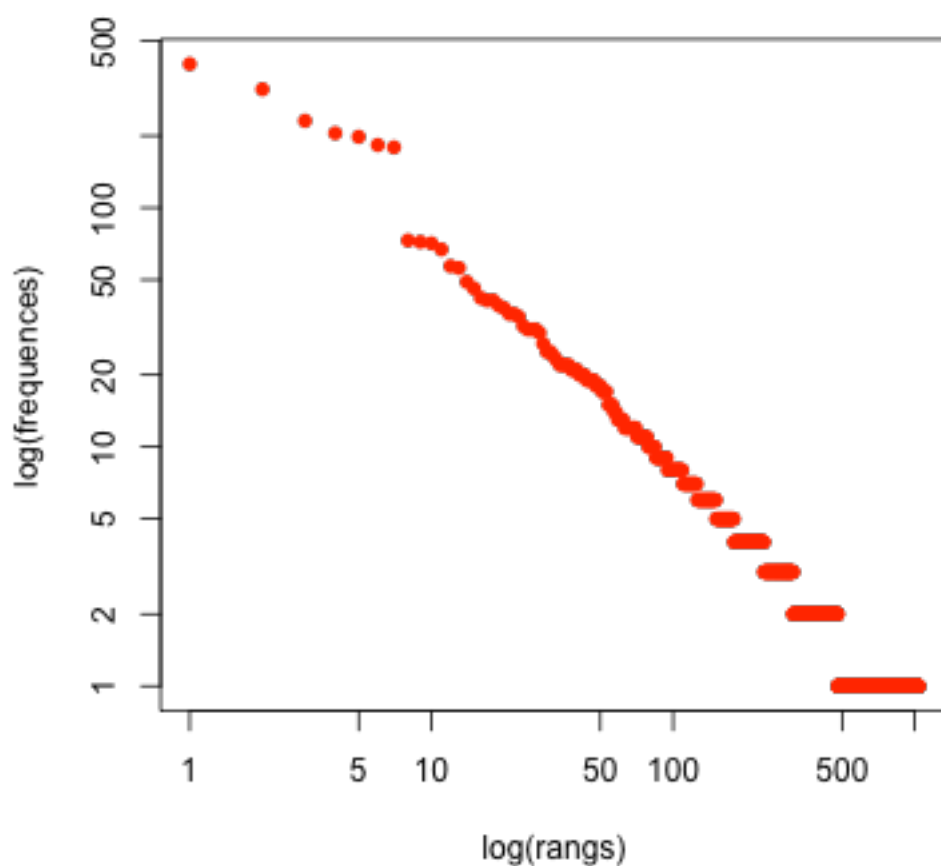
Nº de ocorrências: 5512

Nº de formas (UCE - unidade de contexto elementar): 1036

Nº de *hapax*: 557 (10.11% das ocorrências; 53.76% das formes)

Média de ocorrências por texto: 153.11

Diagrama de Zipf



Fatores dos agrupamentos lexicais

	Valeurs propres	Pourcentages	Pourcentage cumules
facteur 1	0,408	38,534	38,534
facteur 2	0,381	35,976	74,510
facteur 3	0,270	25,490	100,000

+---+---+---+---+

|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Jul 6 14:54:24 2016

+---+---+---+---+

Nombre de textes: 36
 Nombre de segments de texte: 155
 Nombre de formes: 1446
 Nombre d'occurrences: 5512
 Nombre de lemmes: 1036
 Nombre de formes actives: 920
 Nombre de formes supplémentaires: 84
 Nombre de formes actives avec une fréquence >= 3: 247
 Moyenne de formes par segment: 35.561290
 Nombre de classes: 4
 91 segments classés sur 155 (58.71%)

V1 ***	V2 nb classes	V3	V4 4 ***	V5	V6
**	classe		1 **		
****		16	91 17.58	****	
eff.s.t.	eff.total	%	chi2	forme	p
7	9	77.78	24.97	depois	5.809217e-07
6	8	75.00	19.95	passar	7.929988e-06
4	4	100.00	19.61	altura	9.486804e-06
4	4	100.00	19.61	tarde	9.486804e-06
5	9	55.56	9.94	curso	1.618499e-03
4	7	57.14	8.19	profissão	4.212192e-03
3	5	60.00	6.57	começar	1.037640e-02
4	8	50.00	6.36	já	1.166648e-02
2	3	66.67	5.16	ano	2.314199e-02
2	3	66.67	5.16	mesmo	2.314199e-02
2	3	66.67	5.16	educação	2.314199e-02
2	3	66.67	5.16	opção	2.314199e-02
2	3	66.67	5.16	secundário	2.314199e-02
6	17	35.29	4.53	fisioterapia	3.339046e-02
3	7	42.86	3.34	ensino	6.749202e-02
2	4	50.00	3.03	ft	8.152648e-02
*	*	*	*	*	*
15	19	78.95	62.40	*P_1	2.799098e-15
15	19	78.95	62.40	*TP_1	2.799098e-15
15	55	27.27	9.01	*sex_2	2.686477e-03
10	31	32.26	6.99	*edu_3	8.206169e-03
6	15	40.00	6.23	*e_06	1.256952e-02
**	classe		2 **		
****		26	91 28.57	****	
16	19	84.21	36.43	formação	1.585243e-09
7	8	87.50	14.92	existir	1.118974e-04
11	17	64.71	13.38	escola	2.549844e-04
5	5	100.00	13.23	académico	2.759828e-04
7	9	77.78	11.85	exercício	5.766974e-04
4	4	100.00	10.46	consonância	1.220025e-03
4	4	100.00	10.46	real	1.220025e-03
4	4	100.00	10.46	pós	1.220025e-03
5	6	83.33	9.44	modelo	2.124170e-03
5	6	83.33	9.44	vário	2.124170e-03
5	6	83.33	9.44	necessidade	2.124170e-03
3	3	100.00	7.76	acontecer	5.354382e-03
5	7	71.43	6.83	pouco	8.989056e-03
6	10	60.00	5.44	base	1.970851e-02
5	8	62.50	4.95	pensar	2.612934e-02
3	4	75.00	4.42	tempo	3.553559e-02
3	4	75.00	4.42	claro	3.553559e-02
3	4	75.00	4.42	mercado	3.553559e-02

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas

	3	4	75.00	4.42	integrar	3.553559e-02
	5	9	55.56	3.56	dar	5.906130e-02
	4	7	57.14	3.03	área	8.157028e-02
	4	7	57.14	3.03	ensino	8.157028e-02
	3	5	60.00	2.56	processo	1.095502e-01
	3	5	60.00	2.56	realidade	1.095502e-01
*		*		*	*	*
	24	35	68.57	44.59	*P_3	2.429293e-11
	26	72	36.11	9.61	*TP_2	1.939896e-03
	14	36	38.89	3.11	*sex_1	7.796271e-02
	4	7	57.14	3.03	*e_04	8.157028e-02
<hr/>						
**	classe		3	**		
****		27	91	29.67	****	
	11	13	84.62	21.94	prático	2.809404e-06
	7	7	100.00	17.98	evidência	2.237890e-05
	7	9	77.78	11.08	saúde	8.739117e-04
	4	4	100.00	9.92	científico	1.637225e-03
	11	19	57.89	9.17	fisioterapeuta	2.463501e-03
	5	6	83.33	8.86	clínico	2.907423e-03
	6	8	75.00	8.64	conhecimento	3.294231e-03
	10	17	58.82	8.51	fisioterapia	3.522862e-03
	3	3	100.00	7.35	tratar	6.693101e-03
	3	3	100.00	7.35	segurança	6.693101e-03
	3	3	100.00	7.35	possuir	6.693101e-03
	4	5	80.00	6.42	basear	1.126871e-02
	4	5	80.00	6.42	clínica	1.126871e-02
	4	5	80.00	6.42	avaliação	1.126871e-02
	13	27	48.15	6.28	bom	1.220025e-02
	6	10	60.00	4.95	dever	2.605188e-02
	8	15	53.33	4.82	prática	2.814026e-02
	5	8	62.50	4.53	doente	3.330010e-02
	4	6	66.67	4.21	maior	4.010644e-02
	4	6	66.67	4.21	cliente	4.010644e-02
	4	6	66.67	4.21	situação	4.010644e-02
	3	4	75.00	4.12	custo	4.238167e-02
	3	4	75.00	4.12	adequado	4.238167e-02
	3	4	75.00	4.12	desenvolvimento	4.238167e-02
	3	4	75.00	4.12	acordo	4.238167e-02
	6	11	54.55	3.71	melhor	5.407638e-02
	3	5	60.00	2.33	resultado	1.267132e-01
	3	5	60.00	2.33	efetivo	1.267132e-01
*		*		*	*	*
	14	28	50.00	8.01	*e_10	0.004650738
	16	36	44.44	6.23	*sex_1	0.012556798
	16	37	43.24	5.50	*P_4	0.018965308
	17	41	41.46	4.97	*edu_1	0.025740725
	25	72	34.72	4.22	*TP_2	0.040006216
<hr/>						
**	classe		4	**		
****		22	91	24.18	****	
	11	13	84.62	30.22	mau	3.850299e-08
	5	5	100.00	16.59	diverso	4.630820e-05
	14	27	51.85	16.04	bom	6.197072e-05
	9	16	56.25	10.89	outro	9.643085e-04
	7	11	63.64	10.63	pessoa	1.113445e-03
	5	7	71.43	9.24	ver	2.371888e-03
	4	5	80.00	8.99	dizer	2.708192e-03
	10	24	41.67	5.44	profissional	1.967906e-02
	7	15	46.67	4.96	sua	2.599853e-02
	4	7	57.14	4.50	assim	3.397329e-02
	5	10	50.00	4.09	todo	4.321050e-02
	3	5	60.00	3.70	utente	5.428069e-02
	3	5	60.00	3.70	tender	5.428069e-02
	2	3	66.67	3.06	técnica	8.046444e-02
	2	3	66.67	3.06	menos	8.046444e-02
	2	3	66.67	3.06	atualizar	8.046444e-02
*		*		*	*	*
	18	37	48.65	20.37	*P_4	6.376384e-06
	5	9	55.56	5.37	*e_05	2.054337e-02

17	55	30.91	3.44	*sex_2	6.369496e-02
1	1	100.00	3.17	*e_07	7.494681e-02
6	15	40.00	2.45	*e_06	1.172690e-01
20	72	27.78	2.44	*TP_2	1.182264e-01
7	19	36.84	2.10	*edu_2	1.471350e-01

Nota: Profils - para cada classe:

n. (número de ordem das palavras na tabela);

eff. st (número de segmentos de texto que contém a palavra na classe);

eff. total (número de segmentos de texto no corpus que contém, pelo menos uma vez, a palavra citada);

pourcentage (percentagem de ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe, em relação a sua ocorrência no corpus);

chi2 χ^2 (X2 de associação da palavra com a classe);

Type (classe gramatical em que a palavra foi identificada no dicionário de formas);

Forme (identifica a palavra)

P (nível de significância da associação da palavra com a classe).

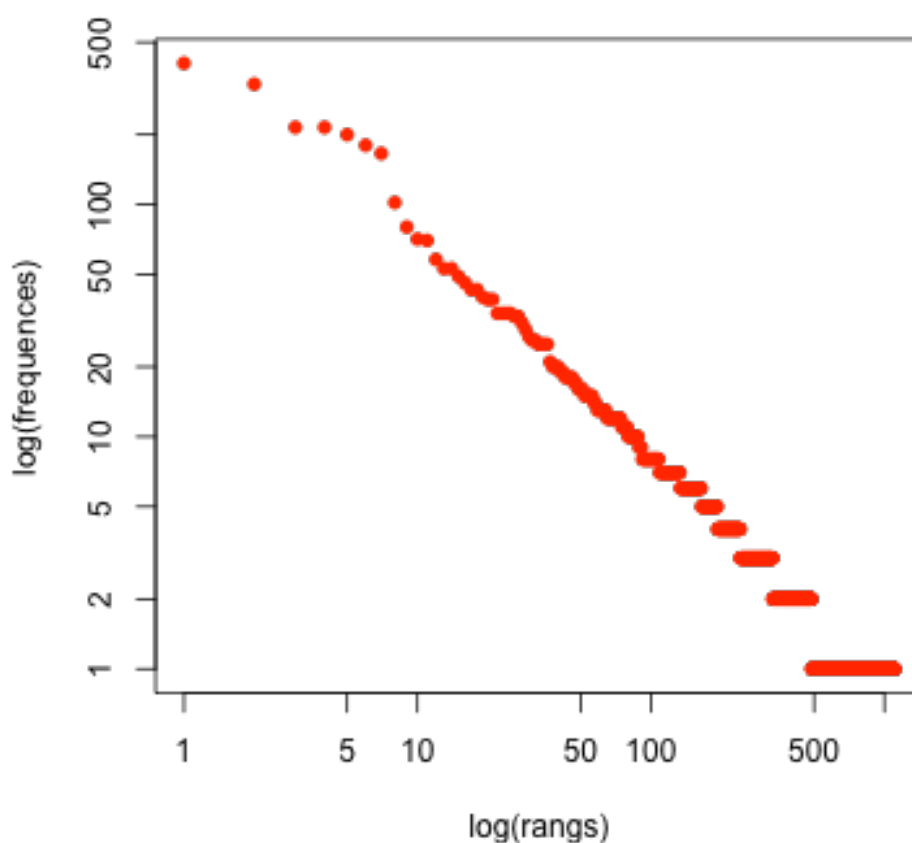
Principais frequências lexicais

profissional	46	cliente	10
fisioterapia	39	ano	10
bom	38	técnica	9
escola	35	relação	9
fisioterapeuta	32	passar	9
muito	31	modelo	9
formação	31	intervenção	9
competência	30	formar	9
outro	24	escolha	9
área	22	começar	9
curso	22	tentar	8
achar	22	tempo	8
sua	21	superior	8
profissão	21	preparar	8
exercício	21	nível	8
prática	20	necessidade	8
saúde	19	custo	8
pessoa	19	aprender	8
dever	19	utente	7
ft	18	situação	7
prático	17	resultado	7
ver	15	questão	7
pouco	15	processo	7
pensar	14	fundamental	7
parte	13	evidência	7
mau	13	efetivo	7
ensino	13	dizer	7
trabalhar	12	desafio	7
melhor	12	científico	7
forma	12	basear	7
estudante	12	vir	6
doente	12	realidade	6
base	12	qualidade	6
instituição	11	ponto	6
existir	11	papel	6
dar	11	investigação	6
conhecimento	11	hospital	6

**Síntese D2 - Interesses e Expectativas de Controlo e Desenvolvimento Profissional
(tendências, problemas e perspetivas)
Classes e planos fatoriais**

Nº de textos iniciais (UCI - unidade de contexto inicial): 46
 Nº de ocorrências: 5718
 Nº de formas (UCE - unidade de contexto elementar): 1103
 Nº de *hapax*: 615 (10.76% das ocorrências; 55.76% das formas)
 Média de ocorrências por texto: 124.30

Diagrama de Zipf



Fatores dos agrupamentos lexicais

	Valeurs propres	Pourcentages	Pourcentage cumules
facteur 1	0,408	38,534	38,534
facteur 2	0,381	35,976	74,510
facteur 3	0,270	25,490	100,000

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas

+---+---+---+---+---+---+

|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Jul 6 14:57:50 2016

+---+---+---+---+---+---+

Nombre de textes: 46
 Nombre de segments de texte: 161
 Nombre de formes: 1474
 Nombre d'occurrences: 5718
 Nombre de lemmes: 1103
 Nombre de formes actives: 989
 Nombre de formes supplémentaires: 83
 Nombre de formes actives avec une fréquence >= 3: 252
 Moyenne de formes par segment: 35.515528
 Nombre de classes: 5
 121 segments classés sur 161 (75.16%)

V1 ***	V2 nb classes	V3	V4 5 ***	V5	V6
**	classe	1	**		
****		24	121	19.83	****
	13	16 81.25	43.74	ft	3.754519e-11
	11	14 78.57	34.35	peessoa	4.602133e-09
	6	6 100.00	25.52	tb	4.389075e-07
	4	4 100.00	16.72	cuidado	4.333620e-05
	5	6 83.33	16.01	ver	6.305319e-05
	10	19 52.63	15.25	achar	9.431434e-05
	3	3 100.00	12.43	própria	4.217545e-04
	4	5 80.00	11.87	questão	5.693964e-04
	6	10 60.00	11.06	saúde	8.821399e-04
	5	8 62.50	9.81	realmente	1.738534e-03
	14	39 35.90	9.34	profissão	2.244280e-03
	4	7 57.14	6.50	desenvolvimento	1.076383e-02
	4	7 57.14	6.50	nossa	1.076383e-02
	3	5 60.00	5.29	falar	2.142853e-02
	3	5 60.00	5.29	continuar	2.142853e-02
	2	3 66.67	4.24	técnica	3.940704e-02
	2	3 66.67	4.24	possível	3.940704e-02
	2	3 66.67	4.24	conjunto	3.940704e-02
	2	3 66.67	4.24	vista	3.940704e-02
	2	3 66.67	4.24	respeitado	3.940704e-02
	4	10 40.00	2.79	grande	9.498552e-02
	5	14 35.71	2.51	outro	1.130756e-01
	2	4 50.00	2.37	vir	1.238973e-01
	2	4 50.00	2.37	próprios	1.238973e-01
	2	4 50.00	2.37	procurar	1.238973e-01
	2	4 50.00	2.37	modelo	1.238973e-01
*	*	*	*	*	*
	10	15 66.67	23.62	*e_06	1.174834e-06
	11	21 52.38	16.93	*e_05	3.883385e-05
	23	81 28.40	11.29	*sex_2	7.783040e-04
	12	30 40.00	10.20	*edu_2	1.403303e-03
	24	97 24.74	7.41	*idad_3	6.495700e-03
	23	93 24.73	6.06	*antp_3	1.382864e-02
	10	28 35.71	5.78	*P_5	1.623433e-02
	11	37 29.73	3.28	*edu_3	7.004667e-02
	18	74 24.32	2.42	*IE_1	1.201746e-01
**	classe	2	**		
****		21	121	17.36	****
	7	9 77.78	24.75	muita	6.530330e-07
	9	14 64.29	24.31	vez	8.200370e-07
	9	16 56.25	19.45	formação	1.034444e-05
	7	12 58.33	15.60	dever	7.845154e-05
	8	15 53.33	15.45	competência	8.461043e-05
	3	3 100.00	14.65	coisa	1.295095e-04
	4	5 80.00	14.27	base	1.583896e-04

4	5	80.00	14.27	perder	1.583896e-04
4	5	80.00	14.27	parecer	1.583896e-04
6	11	54.55	11.67	considerar	6.358921e-04
3	4	75.00	9.58	curso	1.963232e-03
6	13	46.15	8.42	pouco	3.707863e-03
4	7	57.14	8.20	ensino	4.188641e-03
4	7	57.14	8.20	prática	4.188641e-03
5	12	41.67	5.49	nível	1.913448e-02
2	3	66.67	5.22	dizer	2.239060e-02
2	3	66.67	5.22	tornar	2.239060e-02
2	3	66.67	5.22	qualidade	2.239060e-02
2	3	66.67	5.22	mostrar	2.239060e-02
2	3	66.67	5.22	diferença	2.239060e-02
3	6	50.00	4.69	fundamental	3.033086e-02
2	4	50.00	3.07	definir	7.957756e-02
2	4	50.00	3.07	adequado	7.957756e-02
5	16	31.25	2.48	todo	1.151726e-01
5	16	31.25	2.48	ano	1.151726e-01
*	*	*	*	*	*
14	29	48.28	25.42	*P_8	4.602156e-07
15	47	31.91	11.36	*IE_2	7.512864e-04
4	11	36.36	3.05	*e_12	8.083426e-02
3	8	37.50	2.42	*e_08	1.195175e-01
4	12	33.33	2.37	*idad_2	1.236067e-01
<hr/>					
**	classe	3	**		
****	30	121	24.79	****	
7	8	87.50	18.06	conhecimento	2.135193e-05
4	4	100.00	12.55	socialmente	3.965991e-04
4	4	100.00	12.55	público	3.965991e-04
4	4	100.00	12.55	visibilidade	3.965991e-04
4	4	100.00	12.55	percepção	3.965991e-04
7	10	70.00	11.95	diferente	5.472289e-04
3	3	100.00	9.33	interesse	2.252656e-03
6	9	66.67	9.14	portugal	2.496623e-03
8	14	57.14	8.89	outro	2.874760e-03
5	7	71.43	8.67	geral	3.242186e-03
13	29	44.83	8.21	fisioterapeuta	4.165825e-03
5	9	55.56	4.93	forma	2.632418e-02
4	7	57.14	4.17	exemplo	4.114932e-02
12	32	37.50	3.77	profissional	5.226861e-02
11	29	37.93	3.53	fisioterapia	6.024887e-02
2	3	66.67	2.89	exigência	8.898050e-02
2	3	66.67	2.89	atualização	8.898050e-02
2	3	66.67	2.89	menor	8.898050e-02
2	3	66.67	2.89	maior	8.898050e-02
2	3	66.67	2.89	essencialmente	8.898050e-02
2	3	66.67	2.89	científico	8.898050e-02
2	3	66.67	2.89	acesso	8.898050e-02
7	17	41.18	2.85	área	9.153984e-02
5	11	45.45	2.77	ator	9.603737e-02
3	6	50.00	2.15	social	1.424608e-01
*	*	*	*	*	*
13	28	46.43	9.15	*P_5	0.002493815
4	7	57.14	4.17	*e_11	0.041149320
5	11	45.45	2.77	*e_12	0.096037370
17	54	31.48	2.34	*edu_1	0.126132656
3	6	50.00	2.15	*e_03	0.142460795
5	12	41.67	2.03	*idad_1	0.153817119
5	12	41.67	2.03	*antp_1	0.153817119
<hr/>					
**	classe	4	**		
****	17	121	14.05	****	
6	6	100.00	38.62	chave	5.146297e-10
4	4	100.00	25.31	percurso	4.888831e-07
4	4	100.00	25.31	papel	4.888831e-07
4	4	100.00	25.31	ganhar	4.888831e-07
5	8	62.50	16.65	longo	4.489027e-05
6	11	54.55	16.43	ator	5.042185e-05
5	11	45.45	9.88	considerar	1.668509e-03
9	29	31.03	9.11	fisioterapia	2.539495e-03

Dinâmicas de Ação dos Fisioterapeutas Portugueses na recontextualização das suas práticas profissionais. Tendências, problemas e perspectivas

	5	12	41.67	8.41	importante	3.724155e-03
	2	3	66.67	7.05	sentido	7.913785e-03
	2	3	66.67	7.05	conquista	7.913785e-03
	3	6	50.00	6.76	algum	9.339600e-03
	3	6	50.00	6.76	intervenção	9.339600e-03
	3	6	50.00	6.76	docente	9.339600e-03
	4	11	36.36	4.99	escola	2.550604e-02
	5	16	31.25	4.52	todo	3.355306e-02
	2	4	50.00	4.43	mudança	3.536487e-02
	2	4	50.00	4.43	cultura	3.536487e-02
	3	8	37.50	3.90	associativo	4.825468e-02
	2	5	40.00	2.91	falar	8.811183e-02
	2	5	40.00	2.91	nosso	8.811183e-02
	2	5	40.00	2.91	naturalmente	8.811183e-02
*	*	*	*	*	*	*
	10	18	55.56	30.17	*P_7	3.964240e-08
	12	47	25.53	8.39	*IE_2	3.771388e-03
	3	8	37.50	3.90	*e_08	4.825468e-02
	2	5	40.00	2.91	*e_09	8.811183e-02
<hr/>						
**	classe		5	**		
****		29	121	23.97	****	
	12	12	100.00	42.26	ordem	7.990855e-11
	9	11	81.82	22.22	regulação	2.427941e-06
	5	5	100.00	16.55	Auto-regulação	4.748958e-05
	4	4	100.00	13.12	jovem	2.916164e-04
	4	4	100.00	13.12	suficiente	2.916164e-04
	5	6	83.33	12.21	apf	4.754168e-04
	3	3	100.00	9.76	representativo	1.784270e-03
	8	14	57.14	9.56	associativismo	1.986189e-03
	5	7	71.43	9.18	associação	2.440923e-03
	5	7	71.43	9.18	necessidade	2.440923e-03
	5	8	62.50	6.98	só	8.243053e-03
	13	32	40.62	6.62	profissional	1.005631e-02
	4	6	66.67	6.32	sistema	1.196221e-02
	4	6	66.67	6.32	situação	1.196221e-02
	4	6	66.67	6.32	regular	1.196221e-02
	3	4	75.00	5.91	permitir	1.503656e-02
	3	4	75.00	5.91	alterar	1.503656e-02
	5	9	55.56	5.32	essencial	2.103103e-02
	6	12	50.00	4.95	importante	2.602704e-02
	14	39	35.90	4.50	profissão	3.399243e-02
	4	7	57.14	4.49	necessário	3.414258e-02
	3	5	60.00	3.72	utente	5.389089e-02
	3	5	60.00	3.72	serviço	5.389089e-02
	4	8	50.00	3.19	dar	7.427607e-02
	2	3	66.67	3.08	termo	7.936115e-02
	2	3	66.67	3.08	sinceramente	7.936115e-02
	2	3	66.67	3.08	representar	7.936115e-02
	2	3	66.67	3.08	precisar	7.936115e-02
	2	3	66.67	3.08	defesa	7.936115e-02
	2	3	66.67	3.08	cidadão	7.936115e-02
	3	6	50.00	2.35	conseguir	1.254543e-01
*	*	*	*	*	*	*
	26	46	56.52	43.16	*P_6	5.040199e-11
	27	74	36.49	16.39	*IE_1	5.165696e-05
	3	4	75.00	5.91	*e_04	1.503656e-02
	14	40	35.00	3.99	*sex_1	4.573011e-02
	3	6	50.00	2.35	*e_07	1.254543e-01

Nota: Profils - para cada classe:

n. (número de ordem das palavras na tabela);

eff. st (número de segmentos de texto que contém a palavra na classe);

eff. total (número de segmentos de texto no corpus que contém, pelo menos uma vez, a palavra citada);

pourcentage (percentagem de ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe, em relação a sua ocorrência no corpus);

chi2 χ^2 (X2 de associação da palavra com a classe);

Type (classe gramatical em que a palavra foi identificada no dicionário de formas);

Forme (identifica a palavra)

P (nível de significância da associação da palavra com a classe).

Síntese das tendências, problemas e perspectivas das dinâmicas de ação dos FT:
Principais frequências lexicais

profissão	53	dar	10
profissional	46	vir	9
fisioterapia	43	essencial	9
ft	39	sistema	8
fisioterapeuta	34	questão	8
todo	29	própria	8
pessoa	26	prática	8
achar	26	percurso	8
formação	25	papel	8
ensino	25	necessário	8
ano	25	necessidade	8
pensar	21	geral	8
área	20	falar	8
outro	20	exercício	8
nível	20	associativo	8
competência	19	terapia	7
regulação	18	reconhecer	7
diferente	18	querer	7
associação	18	fundamental	7
associativismo	17	sim	7
importante	16	formar	7
escola	16	exemplo	7
hoje	14	dizer	7
forma	14	dia	7
portugal	13	cuidado	7
existir	13	continuar	7
dever	13	conseguir	7
apf	13	comunidade	7
ver	12	coisa	7
saúde	12	auto	7
ordem	12	utente	6
longo	12	técnica	6
grande	12	social	6
desenvolvimento	12	regular	6
considerar	12	jovem	6
conhecimento	12	sentir	6
nossa	11	investigação	6
melhor	11	intervenção	6
ator	11	evolução	6
realmente	10	docente	6



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO
E FORMAÇÃO AVANÇADA

Contactos:

Universidade de Évora
Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94
7002-554 Évora | Portugal
Tel: (+351) 266 706 581
Fax: (+351) 266 744 677
email: iifa@uevora.pt