

**Consentimento Informado para Participação no
Trabalho de Investigação**

Eu, _____ declaro que fui informado que:

1. Se encontra a decorrer nesta organização um trabalho de investigação sobre a acessibilidade e necessidades de fisioterapia dos doentes /utentes que estão a realizar tratamentos de Fisioterapia na sub-região ;
2. Este trabalho é promovido pela Universidade de Évora com o conhecimento do Hospital do Litoral Alentejano (HLA), EPE, Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral e Serviço de Medicina física e de Reabilitação do HLA;
3. Os dados recolhidos neste trabalho serão utilizados exclusivamente para fins académicos, científicos e de análise organizacional do HLA, EPE e ACES AL;
4. Os responsáveis pela investigação são a fisioterapeuta Carla Sousa do HLA em parceria com o Prof. Doutor Joaquim Fialho e Prof. Doutor António Bento Caleiro ambos da Universidade de Évora;
5. A interlocutora local é a Fisioterapeuta Carla Sousa do HLA;
6. A participação no estudo é voluntária;
7. Os dados recolhidos serão tratados com anonimato e confidencialidade.

Por isso, dou o meu consentimento, livre e informado, para responder ao questionário do presente estudo

Assinatura do Utente: _____

Data: ____/____/____

Estudo de Caracterização da Acessibilidade e Necessidades de Fisioterapia dos Utentes do Litoral Alentejano

É uma preocupação para as organizações de saúde do Alentejo Litoral a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, nomeadamente no que diz respeito à acessibilidade a estes cuidados e à satisfação dos seus utentes. Por esta razão, e mais especificamente em relação aos cuidados de Fisioterapia, estamos interessados em conhecer mais pormenorizadamente as suas necessidades de fisioterapia e caracterizar o seu acesso.

Relembro que a sua participação é voluntária e anónima, e que os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial.

A sua participação é fundamental em busca de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados por estas organizações visando sempre a sua satisfação.

Em caso de dúvida, por favor contacte a fisioterapeuta Carla Sousa: 965561401 ou carla.sousa@hlalentejano.min-saude.pt

Os nossos mais sinceros agradecimentos pelo tempo e atenção disponibilizados.

Respondente do Questionário

1. Próprio 2. Familiar / Acompanhante (assinalar se aplicável)

Parte A – Caracterização dos Utentes Inquirido

Caracterização dos Utentes/ Origem

A1-Idade|_|_|anos

A2- Sexo: 1.Feminino

2.Masculino

A3 – Concelho de Residência:

- 1. Santiago do Cacém
- 2. Odemira
- 3. Alcacer do Sal
- 4. Sines
- 5. Grândola
- 6. Outro

A5 – Habilitações Académicas: 1. Sem Escolaridade

- 2. Ensino Básico
- 3. Ensino Secundário
- 4. Estudos Superiores

A4 – Indique qual é a sua Freguesia?

Caracterização Sócio-Familiar

A5 - Situação Profissional

- 1. Trabalhador(a) por conta própria
- 2. Trabalhador(a) por conta de outrem
- 3. Desempregado
- 4. Estudante
- 5. Doméstica(o)
- 6. Reformada(o)
- 7. Baixa Médica
- 8. Incapacidade Permanente
- 9. Outra situação

A6 - Estado Civil

- 1. Solteiro (a)
- 2. Casado (a)
- 3. Divorciado (a)
- 4. União de Facto
- 5. Viúvo (a)
- 6. Separado (a)

A7 – Vive Sozinho? 1. Sim (passe para a pergunta A8)

2. Não Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar? _____

A8 - Em caso de necessidade de apoio de outra pessoa, quem lhe poderá prestar esse apoio?

- 1. Filho (s)
- 2. Vizinho (s)
- 3. Ninguém
- 4. Conjuge
- 5. Outro Quem? _____

Parte B – Caracterização da Necessidade de Fisioterapia

B1- Assinale o motivo pelo qual se dirige a esta unidade de saúde para realização de tratamentos de Fisioterapia:

1. Recuperação após Cirurgia
2. Lesão Neurológica Degenerativa
3. Recuperação após AVC
4. Recuperação Após Acidente
5. Infecção Respiratória
6. Doença Crónica
7. Outro Diga qual? _____

B2 – Tendo em conta a condição de saúde que o motivou à realização dos tratamentos, especifique como se desloca no seu dia a dia?

Independente de auxiliar Cadeira de Rodas Dependente de um auxiliar
Qual? _____

B3 - Quem sugeriu a vinda para esta unidade de saúde para realização dos tratamentos de Fisioterapia:

1. Iniciativa própria
2. Familiares / amigos
3. Seguradora
4. Os Bombeiros
5. O Médico de Família do centro de saúde
6. Médico Especialista
7. Enfermeiro do centro de saúde
8. Outro Qual? _____

B4 – Em que medida considera que os tratamentos de fisioterapia vão influenciar a sua recuperação/ melhoria da qualidade de vida?

Imprescindíveis Bastante importantes Importantes
Pouco Importantes Nada Importantes

Parte C – Caracterização do Acesso aos Cuidados de Fisioterapia

C1 – Onde está a realizar os tratamentos de fisioterapia?

Hospital do Litoral Alentejano Centro de Saúde de Grândola Centro de Saúde de Odemira
Centro de Saúde de Alcácer do Sal Domicílio (Termina aqui o seu questionário, gratos pela sua preciosa colaboração)

C2 – De que forma se desloca aos tratamentos de fisioterapia?

- a) Independente de outros Como? Viatura Própria A pé
Transporte Público Qual? _____
- b) Dependente de outros Como? Viatura de outra pessoa
Bombeiros (passe para a questão C4)

C3 – Quanto custa a deslocação para realizar tratamentos? Especifique por favor o valor médio por viagem: _____ euros

C4 – Qual a distância aproximada a que o local onde está a realizar os tratamentos fica da sua habitação? _____ quilómetros

C5 – Em média, quanto tempo demora entre o local onde está a realizar os tratamentos e a sua residência? _____ horas

C6 – Aproximadamente quanto tempo demora entre o momento em que deixa a sua residência e o e o regresso a casa, após realizar os tratamentos de fisioterapia? _____ horas

C7 – Caso exerça uma actividade profissional, o tempo que demora na deslocação e tratamentos condiciona o tempo desempenho da sua atividade profissional?

Muito Bastante Pouco Nada Não se Aplica

C8 – Qual o seu rendimento médio mensal? _____ euros

C9 – Se pudesse escolher, escolheria ter acesso aos cuidados de fisioterapia que está a ter mas mais perto da sua residência nem que para isso tivesse que pagar?

1. Sim Quanto estaria disposto a pagar por tratamento? Até 15 euros Mais de 15 euros

2. Não

C10 – Qual o Centro de Saúde a que pertence:

- 1.Santiago do Cacém 2.Odemira 3.Álcacer do Sal
4.Sines 5.Grândola

C11 – Qual a distância aproximada entre o seu centro de saúde e a sua residência? _____ quilómetros

C12 – Em média, quanto tempo demora entre o seu centro de saúde e a sua residência? _____ horas

C13 – Tendo em conta a sua condição física actual, se tivesse que se deslocar ao seu centro de saúde como o faria?

- a) Independente de outros Como? Viatura Própria A pé
 Transporte Público Qual? _____
- b) Dependente de outros Como? Viatura de outra pessoa
 Bombeiros (passe para a parte D)

C14 – Quanto custa a deslocação da sua residência ao seu centro de saúde? Especifique por favor o valor médio por viagem: _____ euros

Parte D – Apreciação Global dos Utentes

D4 – Tendo presente o episódio, avalie as seguintes questões e responda de acordo com o que lhe parecer mais apropriado através de uma escala de 1 a 5, em que 1 significa “Não concordo”; 2 “Concordo parcialmente”; 3 “Concordo”; 4 “Concordo bastante”; 5 “Concordo totalmente”.

Acessibilidade/ distância	1	2	3	4	5
Tive dificuldade em arranjar transporte para me deslocar ao local onde estou a fazer tratamentos de fisioterapia;					
Perco muito tempo nas deslocações aos tratamentos de fisioterapia;					
Tenho necessidade de alterar as minhas actividades de trabalho/ rotinas para fazer os tratamentos;					
É muito dispendioso deslocar-me para fazer os tratamentos de fisioterapia;					
Qualidade de Vida					
A distância entre a minha residência e o local dos tratamentos faz com que seja dependente de outros para me deslocar;					
Nos dias em que realizo tratamentos fico sem tempo para fazer outras actividades;					
Satisfação					
Fazer fisioterapia com um fisioterapeuta que conheça o meu médico e que tenha facilidade em falar com ele sobre o meu problema deixa-me muito satisfeito;					
Estou satisfeito por fazer tratamentos onde estou.					

Obrigado pela colaboração!